

Retour

OBJECTIF SOINS n° 0303 du 23/01/2025



## L'implication des représentants des usagers dans l'analyse des événements indésirables graves

### DOSSIER

**Auteur(s) :** Cidàlia Moussier (/recherche/article.html?

query=%22<strong>Cid%C3%A0lia%20Moussier%22&revues%5B%5D=OBJ&sortby=relevance) Anne Dooghe (/recherche/article.html?query=%22Anne%20Dooghe%22&revues%5B%5D=OBJ&sortby=relevance) Magali Faroult (/recherche/article.html?query=%22Magali%20Faroult%22&revues%5B%5D=OBJ&sortby=relevance) Sandrine Wick (/recherche/article.html?query=%22Sandrine%20Wick</strong>%22&revues%5B%5D=OBJ&sortby=relevance)

**Fonctions :** Directrice des soins, CHRU Tours Directrice des soins, Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre Coordinatrice générale des soins, Hôpitaux de Lannemezan Coordinatrice générale des soins, pédagogique et de la qualité, Grand Hôpital de l'Est Francilien

**La sécurité des soins est une priorité en santé publique et un élément clé de la qualité des soins. Une étude menée en 2022 dans le cadre de la formation de directeurs des soins à l'École des hautes études en santé publique s'est intéressée à la question suivante : en quoi l'intégration des représentants des usagers dans l'analyse des événements indésirables graves lors des revues de mortalité et de morbidité permet-elle d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ?**

La sécurité des soins est une des préoccupations majeures de santé publique et une composante essentielle de la qualité en santé. La maîtrise des risques inhérents à tout acte, diagnostique ou thérapeutique, suppose que le processus intéressé ait été mis à plat, étudié, et chaque étape analysée avec un questionnement sur les conditions de sa réalisation, soit de façon rétrospective, soit prospective, lorsqu'un dysfonctionnement s'est produit.

En France, au début des années 1990, la mise en place de démarches qualité au niveau national a constitué un levier pour aider au déploiement des revues de mortalité et de morbidité (RMM), visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans de nombreux secteurs d'activité. En décembre 2021, un rapport de la Haute Autorité de santé (HAS), relatif aux événements indésirables graves (EIG), fait apparaître que 1081 d'entre eux ont fait l'objet d'une déclaration sur l'année 2020, parmi lesquels 56 % ont été considérés comme évitables.

La HAS définit la RMM comme une « analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins »<sup>(1)</sup>. Cette démarche entre dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

## La contribution essentielle des usagers

La loi de 2002 « *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* »<sup>(2)</sup> et celle « *rénovant l'action sociale et médico-sociale* »<sup>(3)</sup> ont constitué une véritable avancée dans la participation des usagers au sein de nombreuses instances, commissions et groupes de travail, tant au niveau national que régional et local. Cependant, il convient aujourd'hui d'aller plus loin pour passer de la participation à l'engagement des usagers dans les démarches qualité et sécurité des soins : la HAS promeut l'engagement des usagers sous toutes ses formes depuis plusieurs années, et en fait sa devise pour la nouvelle certification : « *Patients, soignants, un engagement partagé* » (HAS, 2020)<sup>(4)</sup>.

À partir de ces constats, une étude a été conduite sur l'intégration des représentants des usagers dans l'analyse des EIG lors des RMM. Elle s'est inscrite dans le cadre de la formation de directeur des soins (DS) suivie en 2022 à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), plus précisément dans le cadre de l'unité d'enseignement intitulée « *Patients, professionnels de santé, un engagement partagé* ». Cette unité visait à approfondir les enjeux de la collaboration entre patients et professionnels de santé, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients. En intégrant et impliquant les représentants des usagers dans l'analyse des EIG lors des RMM, cette étude a eu pour objectif d'explorer et de promouvoir des approches participatives pour renforcer l'engagement des usagers dans le processus de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité des soins. La pertinence de ce thème s'est intégrée pleinement dans le contexte post-Covid, où la crise sanitaire a mis en lumière l'importance de tirer des leçons des retours d'expérience. Cette période a révélé la nécessité d'apprendre non seulement de nos succès, mais aussi de nos erreurs, en associant tous les acteurs concernés, y compris les usagers. La crise a renforcé l'idée que la collaboration et l'engagement des patients dans les démarches qualité et sécurité des soins sont essentiels pour améliorer la résilience du système de santé et garantir des soins plus sûrs et plus adaptés aux besoins des patients.

Le sujet de cette étude portait sur l'intégration des représentants des usagers (RU) dans l'analyse des EIG lors des RMM, avec comme question de départ : « *En quoi l'intégration des représentants des usagers dans l'analyse des EIG lors des RMM permet-elle d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ?* », et en partant du postulat que la participation des usagers, quelle que soit sa forme, contribue positivement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette démarche repose sur l'idée que l'implication des patients dans les processus décisionnels et d'analyse, en tant qu'acteurs à part entière du système de soins, peut enrichir les pratiques des professionnels et renforcer l'adhésion collective aux efforts d'amélioration continue<sup>(5-6-7)</sup>. Afin de répondre à la question initiale, un objectif principal et trois sous-objectifs ont été définis.

**Objectif principal** : généraliser l'intégration des représentants des usagers aux RMM dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

### Sous-objectifs :

- interroger la pertinence de cette démarche dans le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en analysant son impact réel sur les pratiques cliniques et organisationnelles ;
- identifier les leviers et les freins à la mise en place de cette intégration, en étudiant les obstacles organisationnels, culturels et logistiques, ainsi que les facteurs favorisant l'adhésion à cette démarche ;
- co-construire, avec les acteurs impliqués dans cette démarche (professionnels de santé, représentants des usagers, responsables d'établissements), des recommandations de bonnes pratiques pour faciliter et généraliser l'intégration des RU dans les processus d'analyse des EIG.

Ces objectifs visaient à mettre en lumière les bénéfices potentiels de cette intégration, tout en tenant compte des défis et des conditions nécessaires à son succès, afin de promouvoir une approche participative et plus inclusive dans la gestion des risques et l'amélioration continue de la qualité des soins.

## Méthodologie

L'étude s'est déroulée du 18 février au 22 juin 2022. Deux méthodes de recherche qualitatives ont été mobilisées :

- un journal de bord chronologique a été tenu et partagé tout au long de l'étude, permettant d'organiser la réflexion. Il a constitué une trace des éléments marquants et des décisions prises, ainsi qu'une documentation des évolutions du questionnement et de l'analyse tout au long du travail. Il a également facilité la coordination et l'ajustement de la démarche de recherche, tout en servant de support à la synthèse et à l'analyse finale ;
- des entretiens semi-directifs conduits avec différents acteurs clés afin d'enrichir la question de départ et d'approfondir la compréhension du sujet. Ils ont permis de recueillir des témoignages et des opinions diverses, en vue de compléter et affiner la réflexion.

## Groupes d'acteurs interrogés

Les entretiens ont été menés auprès de trois groupes d'acteurs distincts.

### 1 groupe : deux binômes médecin-représentant des usagers

Les entretiens menés avec ces deux binômes, à partir d'une grille d'entretien construite en amont, avaient pour objectif de réaliser un *benchmark* sur leur expérience en matière de réalisation des RMM avec la participation d'un RU. Ces binômes ont été identifiés par Alexandre Berkesse, conseiller stratégique, enseignant et conférencier sur le thème de la transformation des organisations, responsable de l'unité d'enseignement « *Patients, Professionnels de santé, un engagement partagé* » à l'EHESP.

Le premier binôme avait mis en place cette démarche depuis trois ans, alors que le second l'avait initiée plus récemment, avec une première RMM en présence d'un RU. Les deux entretiens se sont déroulés par visioconférence pendant une heure trente.

## 2 groupe : des acteurs au sein d'établissements de santé

Ces entretiens menés avec des RU, DS, directeurs qualité, cadre supérieur de santé et médecins, avaient pour objectifs de recueillir la position des différents acteurs sur le projet de généraliser l'intégration des RU dans l'analyse des EIG lors des RMM, en interrogeant son intérêt et sa pertinence.

Une nouvelle grille d'entretien a été élaborée, permettant de mettre en lien les réponses des binômes avec celles des acteurs interviewés. Huit entretiens (avec : un cadre supérieur de santé, deux DS, trois directeurs d'hôpital et deux RU) ont été conduits au sein de cinq établissements de santé. Cependant, dans trois des cinq établissements, le directeur qualité n'a pas validé l'entretien auprès des RU. Cette donnée met en lumière la sensibilité du sujet de l'étude, notamment en ce qui concerne l'implication des usagers dans les processus d'analyse des EIG. Le refus de certaines directions qualité de permettre de tels entretiens renvoie à des réticences organisationnelles et/ou à des préoccupations liées à la gestion de la participation des usagers dans des démarches potentiellement perçues comme délicates ou complexes. L'un des directeurs qualité, interviewé, a explicitement lié sa réticence à des enjeux de confidentialité, de crainte d'une instrumentalisation de la parole des usagers, ainsi qu'à des difficultés pratiques liées à l'intégration de ceux-ci dans des discussions techniques, souvent sensibles.

Ces entretiens ont été réalisés en présentiel, sur une durée de trente minutes à une heure. Ils ont notamment permis d'enrichir l'analyse initiale par l'expression de représentations, de freins, de ressentis ou de présumés, à la mise en place de cette démarche.

## 3 groupe : une représentante des usagers

Ce dernier entretien avec une représentante des usagers, siégeant à quatre commissions des usagers d'établissements et à différents comités et commissions de la HAS, avait pour objectif de repérer la position d'un représentant des usagers ayant un engagement national sur la thématique étudiée. Il s'est déroulé en visioconférence, pendant une heure, à partir de la grille d'entretien utilisée pour le 2<sup>e</sup> groupe.

## Résultats

Les entretiens réalisés ont fait l'objet d'une analyse de contenu par thèmes, en référence au modèle des 7S de McKinsey (Stern, P. & Schoettl, J., 2019)<sup>(8)</sup>. Celui-ci permet d'analyser les facteurs clés de performance internes d'une organisation en identifiant sept éléments commençant par un "S" en anglais, et déterminants pour le bon fonctionnement d'une organisation : Stratégie, Structure, Systèmes, Style de management, Savoir-faire, Ressources humaines, Valeurs partagées (*figure 1*).

Ces sept facteurs sont classés en deux catégories :

- **les facteurs « hard »**, les plus tangibles et mesurables, tels que la stratégie, la structure et les systèmes ;

- **les facteurs « soft »**, qui concernent davantage les aspects humains, culturels et comportementaux, tels que le style de management, les savoir-faire, les ressources humaines et les valeurs partagées.

Ces facteurs n'ont pas tous la même importance stratégique, mais ils sont interconnectés et se renforcent mutuellement. Le facteur « valeurs partagées » constitue le noyau central de ce modèle, car il influence et soutient tous les autres éléments.

L'analyse des entretiens s'est donc focalisée sur ces sept dimensions pour comprendre comment l'intégration des RU dans l'analyse des EIG affecte les différentes sphères de l'organisation (*tableau 1*).

## Des préconisations sur trois niveaux d'action

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, des préconisations visant à promouvoir l'intégration et l'implication des RU dans l'analyse des EIG lors des RMM ont été proposées. Ces préconisations sont classées en trois niveaux d'action : stratégique, coordination et opérationnel. Leur mise en œuvre dans un établissement de santé devra tenir compte de la réalité de celui-ci. Toutefois, des repères peuvent être donnés sous forme de facteurs de succès et de points de vigilance, à l'instar des fiches élaborées par la HAS.

### Le niveau stratégique

**Planter cette démarche de manière pérenne sous-entend l'existence d'un portage institutionnel fort.** L'adhésion du chef d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement est essentielle pour que la démarche ne reste pas isolée et soit pleinement intégrée dans la gouvernance de l'établissement. Cette démarche peut être rattachée à plusieurs éléments du projet d'établissement : le projet médical, le projet de soins (ou médico-soignant), le projet qualité ou encore le projet des usagers.

La certification HAS peut constituer un levier pour l'intégration des RU dans les RMM, mais il est crucial de ne pas réduire cette démarche à une obligation administrative, sous peine de ne pas lui attribuer un véritable sens pour les acteurs impliqués.

**Le facteur clé de succès est un leadership fort**, visible et durable du porteur du projet, qui anime la démarche de manière co-construite avec les acteurs de terrain. Le binôme médecin-RU constitue le pilier de cette dynamique, assurant la légitimité de l'intégration des RU.

**La phase de diagnostic initial est fondamentale** : elle permet d'évaluer le niveau de maturité des RMM et du partenariat avec les RU au sein de l'établissement de santé. Cette évaluation est une condition *sine qua non* pour un changement de paradigme, en identifiant la culture de l'établissement, les pratiques de la RMM, ainsi que la place et la reconnaissance des usagers dans le processus.

**Enfin, les instances constituent un vecteur de communication et de valorisation** de cette démarche en interne ; la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), animée par le directeur des soins est, *de facto*, un vecteur de communication et de partage auprès des paramédicaux. Cette communication interne peut être prolongée, de même, à l'extérieur de l'établissement.

## Le niveau de coordination

Au niveau de la coordination, il s'agit de préparer le déploiement de l'intégration des RU dans les RMM et d'accompagner les acteurs pour créer une véritable synergie entre les équipes. À ce niveau, les actions prioritaires sont :

- **une formation à la méthodologie des RMM** : former les RU à la méthodologie spécifique des RMM ; former les professionnels de santé, idéalement dès la formation initiale, en y associant les usagers pour une meilleure compréhension mutuelle des rôles ;

- **la mise en place des éléments fondamentaux pour organiser les RMM** : établir des conditions favorables à la réalisation des RMM, en concertation avec le chef de service et le cadre de santé : accès à la salle, horaires appropriés... ; pour la première RMM, choisir un EIG dont la conséquence n'est pas un décès, afin d'encourager une analyse constructive et la mise en place d'actions concrètes. Préférer une situation survenue dans une unité de soins plutôt que dans un parcours complexe.

- **une communication claire sur les principes** : il est important de souligner que le rôle du RU n'est pas de juger ni de mettre en difficulté l'équipe, mais bien d'enrichir l'analyse par une vision complémentaire et une approche différente. L'enjeu est de traduire la démarche auprès des équipes pour qu'elles puissent considérer le RU comme un membre à part entière de l'équipe contribuant, par son expérience, à enrichir l'analyse.

## Le niveau opérationnel

Le niveau opérationnel est essentiel pour assurer le bon fonctionnement de la démarche au quotidien. La posture des acteurs impliqués joue un rôle déterminant dans le succès de l'intégration des RU dans les RMM :

- **absence de jugement**. Les échanges doivent se tenir dans un climat de respect mutuel, avec écoute, bienveillance et discrétion ;

- **partage des points de vue différents**. Le but est de favoriser un échange constructif, même si les opinions peuvent diverger.

Le rôle de l'animateur de la RMM est particulièrement fondamental. En tant que garant de la méthode, il doit veiller à ce que tous les participants puissent s'exprimer librement et que la parole soit distribuée de manière équitable entre tous. Il doit également faciliter l'intégration et l'implication du RU en s'assurant que sa participation soit valorisée et respectée au même titre que celle des autres membres de l'équipe soignante. L'animateur doit également maintenir un cadre structuré, où la méthodologie de l'analyse des EIG est suivie rigoureusement.

Enfin, la communication et le partage de ces démarches et de leurs résultats au sein de l'établissement de santé est indispensable pour :

- **pérenniser la démarche** dans le cadre de retours d'expérience, afin que les RMM avec la participation des RU deviennent une pratique courante ;

- **élargir cette démarche** au sein des équipes, intra- et inter-pôles, pour une généralisation progressive et effective de la participation des RU dans toutes les unités de soins.

## Conclusion

Ce travail a permis de confirmer l'intérêt et la plus-value de la participation des RU aux RMM, par la mise en exergue les facteurs clés de réussite, mais également les limites d'une telle démarche, rendant la phase de diagnostic et de lancement indispensable à sa réussite. Convaincues des bénéfices de cette approche participative, les auteures souhaitent la promouvoir dans l'exercice de leur fonction de directrices des soins en formulant les propositions suivantes :

- communiquer sur cette démarche en interne et en externe à l'établissement,

- renforcer et soutenir les établissements intégrant cette démarche par un compagnonnage des RU et une mise à disposition d'un espace de partage de documents et de retours d'expérience, sur lesquels les établissements qui le souhaitent pourraient s'appuyer,

- promouvoir une culture commune à l'EHESP pour les dirigeants : un séminaire interprofessionnel sur la thématique des usagers pourrait être organisé,

- impulser l'organisation de formations continues sur cette thématique dans les établissements de santé, destinées à la fois aux professionnels de santé et aux RU, afin de développer des compétences communes sur la gestion des EIG et l'intégration des usagers dans les RMM.

Et demain... pourquoi ne pas envisager d'étendre cette démarche à l'utilisateur lui-même, en l'intégrant plus directement dans le processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ? Cela permettrait de renforcer encore davantage le partenariat entre les usagers et les soignants en développant une approche plus inclusive et efficace des soins.

## Bibliographie

1. Haute Autorité de santé (HAS) (2021). *Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Outil d'amélioration des pratiques professionnelles*. <https://www.has-sante.fr> (<https://www.has-sante.fr>)

2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr> (<https://www.legifrance.gouv.fr>)

3. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. <https://www.legifrance.gouv.fr>

(<https://www.legifrance.gouv.fr>)

4. HAS. (2002). *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins*. <https://www.has-sante.fr> (<https://www.has-sante.fr>)

5. Flora, L., Berkesse, A., Payot, A., Dumez, V. & Karazivan, P. (2016). Chapitre 3. L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27, 59-72.

6. Gross, O. (2017). *L'engagement des patients au service du système de santé*. Doin.

7. Pétré, B., Louis, G., Voz, B., Berkesse, A. & Flora, L. (2020). Patient partenaire : de la pratique à la recherche. *Santé publique*, 32, 371-374.

8. Stern, P. & Schoettl, J. (2019). Outil 14. Le modèle systémique : « 7S » de McKinsey. Dans : P. Stern & J. Schoettl (dir), *La boîte à outils du consultant*. Dunod, pp. 58-61.

(<https://www.espaceinfirmier.fr/images/d88/d0c1f01b7c210538b3d0ecb6b68fe/OBJ-2Tableau1.docx>)

Tableau 1. Les résultats des entretiens.

(<https://www.espaceinfirmier.fr/images/b0a/f591d124834d1768ac50f21a70d6e/OBJ-2Fig1.docx>)

Figure 1. Le modèle des 7S de McKinsey(8).



(<https://www.espaceinfirmier.fr/images/fb8/0970483e3aafd55c52a220bb07531/OBJ-2PHOTOCMOUSSIER.jpg>)

(<https://www.espaceinfirmier.fr/images/7c3/53c75d5cea3a36c836ba7183b2a99/OBJ-dos-qualitegestionrisque.ai>)

Figure 1. Le modèle des 7S de McKinsey(8).



(<https://www.espaceinfirmier.fr/images/544/15168208bf90f640011e1d64e1a78/OBJ-PhotoCMOUSSIER.jpg>)



(<https://www.espaceinfirmier.fr/images/796/d6eea988bda06c70df8191c77851f/OBJ-Photosart2Moussier.jpeg>)

### Articles de la même rubrique d'un même numéro

- Intégrer les patients dans les institutions de santé (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/integrer-les-patients-dans-les-institutions-de-sante-LQ17318642C.html>)
- L'intégration des patients partenaires facilitée par le cadre de santé (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/l-integration-des-patients-partenaires-facilitee-par-le-cadre-de-sante-LQ17171025C.html>)
- L'étudiant traceur, une approche novatrice (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/l-etudiant-traceur-une-approche-novatrice-LQ17170399C.html>)
- Comprendre l'évolution de l'expérience patient (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/comprendre-l-evolution-de-l-experience-patient-LQ17170821C.html>)
- La pair-aidance : quand des patients deviennent des collègues (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/la-pair-aidance-quand-des-patients-deviennent-des-collegues-LQ17318508C.html>)
- L'expérience patient, un levier pour le maintien à domicile (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/l-experience-patient-un-levier-pour-le-maintien-a-domicile-LQ17226694C.html>)
- Le patient expert, un atout dans la prise en soin de l'obésité (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/le-patient-expert-un-atout-dans-la-prise-en-soin-de-l-obesite-LQ17172428C.html>)

- La perspective patient, avec ou sans ? (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/la-perspective-patient-avec-ou-sans-LQ17222310C.html>)
- L'expérience patient (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-303/l-experience-patient-LQ17169890C.html>)