



université  
de **BORDEAUX**  
Collège Sciences de l'Homme



# PROJET PROGRESS

Programmes de gestion des risques dans les  
Établissements de Santé

**Etude sur les freins et leviers influençant  
l'avancement des actions de gestion des risques**

## Rapport final

**Juin 2014**

Chef de projet : **Dr. Jean-Luc Quenon** (CCECQA) Chargées de projet : **Tamara ROBERTS** (Sociologue, CCECQA) – **Zoé PORRO** (Sociologue, CCECQA).

Groupe de travail : – **Bruno QUINTARD** (Laboratoire de Psychologie, Université de Bordeaux) – **Mathieu SIBE** (ISPED, Université de Bordeaux) – **Christophe GAUTIER** (ARLIN AQUITAINE) – **Xavier Dumoulin** (CH de MONT DE MARSAN) – **Marie-Pierre Bréchet** (CH de MONT de MARSAN).

**Porteur du projet**

- Centre Hospitalier de Mont de Marsan

**Responsable du projet**

- Dr. Jean-Luc Quenon, CCECQA

**Rédacteurs du rapport**

- Tamara Roberts, CCECQA
- Zoé Porro, CCECQA
- Jean-Luc Quenon, CCECQA

**Relecture et validation du rapport**

- Catherine Pourin, CCECQA
- Christophe Gautier, ARLIN AQUITAINE
- Bruno Quintard, Laboratoire de Psychologie, Université de Bordeaux
- Matthieu Sibé, ISPED, Université de Bordeaux

**Personnes ayant contribué à l'étude**

- Marie-Pierre Bréchet, CH de Mont De Marsan
- Ahmed Djihoud, CCECQA
- Xavier Dumoulin, CH de Mont De Marsan
- Marion Kret, CCECQA
- Marie Levif, CCECQA
- Dr Philippe Michel, Hospices Civils de Lyon (pour le CCECQA)
- Léa Nitara (pour le CCECQA)
- Dr Florence Saillour-Glenisson, CHU de Bordeaux (pour le CCECQA)

**Remerciements à**

Maryse Piscarel du CCECQA

**Financement du projet**

Appel à projet PREQHOS 2011. Ministère des affaires sociales et de la santé : DGOS.

**Citation**

Quenon JL, Roberts T, Porro Z, Gautier C, Quintard B, Sibé M, Pourin C. Etude sur les freins et leviers influençant l'avancement des actions de gestion des risques (PROGRESS 2014). Rapport final. CCECQA, Bordeaux 2014.

---

# Sommaire

Résumé.....	1
Glossaire.....	4
Introduction.....	6
Avant-propos.....	7
Les enseignements de la revue de la littérature sur les freins et leviers à la mise en œuvre et l'avancement des actions de gestion des risques.....	8
Les hypothèses de recherche.....	11
But et objectifs de l'étude.....	12
Méthodologie.....	14
Type d'étude : étude exploratoire et qualitative.....	15
Déroulement de l'étude.....	16
Lieu d'étude.....	17
Les personnes concernées.....	18
Collecte des données.....	18
1. Interlocuteurs de terrain et organisation de la collecte des données.....	18
2. Sources de données recueillies et outils utilisés (Cf. annexe 3).....	19
3. Pré-test des outils.....	21
Analyse des données.....	22
Restitution des résultats et impact des résultats.....	23
Aspects éthiques et règles déontologiques.....	24
Résultats.....	25
résultats du projet par établissement.....	26
1. Synthèse des résultats sur les cinq établissements.....	26
2. résultats pour l'établissement n°1.....	46
Eléments du contexte général.....	46
Organisation de la GDR/ qualité.....	46
L'action de GDR mise en œuvre et son état d'avancement.....	48
Les freins et leviers identifiés par les acteurs interviewés.....	48
L'acceptabilité du risque et la culture de sécurité : des facteurs induits.....	50
Etat des lieux des pratiques observées de poses et de manipulations du CVP.....	53
Analyse transversale des résultats des cinq établissements.....	57
1. L'état d'avancement des actions menées dans les établissements.....	58
Des planifications inégales, des actions en retard.....	58
Perception de l'origine du retard à la mise en œuvre des actions.....	60
Des facteurs indépendants de la conduite d'actions.....	61
Des facteurs organisationnels liés à la mise en œuvre de la démarche qualité et à la conduite d'action.....	62
La conduite d'action dans les établissements : une activité en roue libre.....	64

La formalisation des objectifs de l'action en amont de la structuration de la démarche ....	64
La planification et le suivi de l'action .....	65
Evaluation de l'efficacité de l'action .....	66
Atteinte des objectifs de l'action et des objectifs en termes de fréquence des infections sur CVP .....	67
Organisation de la restitution aux professionnels .....	67
Perspectives.....	67
L'impact des actions sur les pratiques.....	68
Observation des pratiques : des écarts par rapport aux bonnes pratiques.....	68
Perception de l'impact des actions sur les pratiques.....	68
2. Les freins et leviers à la mise en œuvre et à l'avancement des actions de gestion des risques	71
Profil socio-démographique des personnes rencontrées .....	71
Freins et leviers généraux.....	72
Freins et leviers perçus par l'équipe hospitalière .....	73
Les freins et les leviers liés à la conduite de projets qualité .....	74
Les freins et les leviers liés au soutien institutionnel.....	86
Les freins et les leviers psychosociaux .....	97
Les freins et les leviers liés à l'engagement professionnel .....	103
Les freins et les leviers liés aux relations interprofessionnelles.....	106
Les aspects structurels de l'établissement.....	108
Les réglementations et évaluations externes .....	111
Synthèse des principaux freins et leviers perçus par les professionnels .....	114
Les facteurs induits : l'acceptabilité du risque et la culture de sécurité .....	117
La culture de sécurité .....	117
L'acceptabilité du risque .....	138
Discussion .....	150
Conclusion .....	162
Bibliographie.....	165
Table des illustrations.....	169
Table des Schémas .....	169
Table des tableaux.....	170
Table des figures.....	170

---



# Résumé

De nombreux efforts ont été réalisés pour améliorer la gestion des risques (GDR) associés aux soins dans les établissements de santé. Cependant, il existe une grande variabilité de l'état d'avancement des programmes d'actions. D'après la littérature, les différences de contexte pourraient, en partie, expliquer cette variabilité, avec plusieurs facteurs déjà identifiés comme pouvant freiner ou faciliter la mise en œuvre et/ou le succès d'une action.

L'étude PROGRESS avait trois objectifs : 1) explorer les perceptions et les représentations des professionnels de santé sur les facteurs influençant l'état d'avancement des actions de GDR associés aux soins, 2) évaluer l'état d'avancement réel des actions, 3) mettre en perspective les freins et les leviers identifiés par les professionnels de santé avec l'état d'avancement des actions.

Le risque associé aux soins retenu pour cette étude était le risque infectieux sur cathéter veineux périphérique (CVP), un risque fréquent, potentiellement grave et évitable, avec des actions de prévention en cours de déploiement.

## Méthode

Une étude exploratoire qualitative a été réalisée dans 10 services de soins volontaires répartis dans 5 établissements de santé (2 services par établissement). Les professionnels sollicités étaient des acteurs institutionnels, des professionnels des équipes médicales (chefs de services, médecins) et des équipes paramédicales (cadres, IDE) des unités de soins.

Les facteurs étudiés étaient ceux identifiés comme freinant ou facilitant l'avancement des actions de GDR sélectionnés à partir de la littérature et par une démarche de consensus formalisé auprès d'experts. Quatre types de données ont été recueillis : 1) des éléments contextuels à partir de l'étude de documents relatifs au dispositif de gouvernance et au système de management des risques de l'établissement, 2) des données sur les facteurs influençant l'état d'avancement des actions de GDR associés aux soins issus des discours de professionnels administratifs et soignants, grâce à des entretiens individuels semi-directifs, 3) des données sur l'organisation et les pratiques en lien avec l'action étudiée par des observations directes réalisées par les hygiénistes de l'établissement, 4) des données factuelles sur l'action étudiée et des données sur les perceptions en lien avec son avancement, par un entretien collectif.

La collecte des données a été effectuée par un médecin et deux sociologues.

Les entretiens individuels ont fait l'objet d'une retranscription intégrale anonymisée et d'une analyse de contenu thématique à l'aide du logiciel NVivo 10. Pour les observations, la fréquence des écarts a été calculée pour chaque critère d'évaluation (de pose, de manipulation, de traçabilité) et pour l'ensemble des critères, avec une analyse des commentaires des professionnels concernant le respect ou non des bonnes pratiques.

## Résultats

Pour l'état d'avancement des actions, il a été constaté dans les cinq établissements un retard de 2 à 4 mois (sur des projets de 4 à 11 mois), surtout liés à un défaut de formalisation des actions, à un manque de temps et/ou de ressources humaines, à une charge de travail importante et à la multiplication des projets.

Au total, 49 poses et 54 manipulations de CVP, 106 dossiers de patients ont pu être observés. La fréquence des écarts aux bonnes pratiques variait dans les établissements de 1,4 % à 29,7 % pour l'ensemble des pratiques de traçabilité, de 37,5 % à 85,7 % pour les pratiques avant la pose, de 4,8 % à 26,6 % pour les pratiques de pose de CVP et de 0 % à 17,2 % pour les manipulations. La différence entre les pourcentages de conformité aux bonnes pratiques des 2 services dans chaque établissement variait de 0,3 points à 5,7 points.

Les professionnels interviewés lors de l'entretien collectif percevaient un impact plutôt positif des actions sur les pratiques.

L'analyse des perceptions de 71 professionnels et des acteurs institutionnels des 5 établissements a permis d'identifier 90 facteurs freinant et 89 facteurs facilitant l'avancement des actions de GDR. Les principaux freins et leviers identifiés étaient en lien avec la conduite des projets qualité et GDR, et le soutien institutionnel. Cette analyse a montré aussi l'importance d'autres facteurs : psychosociaux, liés à l'engagement des professionnels, aux relations interprofessionnelles et à des facteurs externes comme la réglementation et la certification. La majorité des interviewés identifiait des freins et des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques en lien avec plusieurs dimensions de la culture de sécurité.

Les principaux freins et leviers étaient partagés par l'ensemble des catégories professionnelles et les 5 établissements. Dans un établissement avec une meilleure conformité des pratiques, les professionnels ont identifié deux fois plus de leviers que de freins (43 leviers et 18 freins) alors que freins et leviers étaient aussi nombreux dans les autres établissements. En plus des leviers communs à l'ensemble des établissements, les acteurs indiquaient un important engagement professionnel du personnel paramédical, une grande motivation personnelle à s'impliquer dans les projets, des aspects structurels favorables et un effet dynamisant des réglementations et des évaluations externes.

## **Discussion**

Cette étude confirme les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des actions de GDR. Elle montre l'importance du soutien institutionnel (leadership et présence d'une structure organisationnelle de la qualité), de l'intégration des actions qualité et GDR dans l'organisation du travail, et de la conduite de projets. Les éléments dynamiques des processus organisationnels (leadership, collaboration, communication etc.) seraient de meilleurs facilitateurs que les éléments stables de la structure organisationnelle (taille, statut etc.).

Les facteurs individuels et les relations interprofessionnelles ne doivent pas être négligés car ils ont été identifiés comme des leviers.

Ce projet a permis d'étudier aussi deux nouveaux facteurs : la culture de sécurité et l'acceptabilité du risque. Le développement de la culture de sécurité faciliterait la mise en œuvre des actions de GDR. L'acceptabilité du risque n'a pas été identifiée spontanément par les professionnels comme un facteur influençant l'avancement des actions, mais elle agirait selon certains professionnels sur l'implication ou l'investissement dans les projets d'amélioration.

Cette étude a plusieurs limites méthodologiques liées à l'échantillonnage, aux méthodes et aux outils utilisés, et questionne donc la généralisation des résultats. Cependant les principaux freins et leviers sont surtout liés au management et à l'organisation de la mise en œuvre des actions, des activités communes aux établissements et à un ensemble de risques et de thématiques.

## **Conclusion**

Le projet PROGRESS a atteint ses objectifs en évaluant l'état d'avancement des actions de GDR et en identifiant les freins et les leviers à cet avancement. Les résultats apportent de nouvelles connaissances sur ces facteurs, en particulier sur les facteurs psychosociaux, des facteurs peu étudiés avant cette étude.

Il a eu aussi des retombées au niveau des établissements par le questionnement proposé et les préconisations faites aux équipes visant à faciliter la mise en œuvre des actions de GDR. Plusieurs nouveaux projets de recherche régionaux, ciblés sur le soutien institutionnel et la conduite d'actions ont débuté afin de renforcer l'accompagnement des établissements de santé dans la mise en œuvre des actions de GDR.

# Glossaire

Les **RISQUES ASSOCIES AUX SOINS** : survenue possible de tout événement indésirable lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

Événement indésirable associé aux soins (EIG) : tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (décret n°2010-1408).

L'**ACTION EN GESTION DES RISQUES** est toute action susceptible de modifier un risque dans le but de le réduire. Il peut s'agir d'une politique, d'un processus, d'un dispositif, d'une pratique, d'un outil. Elle permet la mise en œuvre d'une stratégie de maîtrise du risque.

Un **PROGRAMME DE GESTION DES RISQUES** se définit comme un plan de management du risque, inclus dans le cadre organisationnel de management du risque, spécifiant l'approche utilisée (objectifs quantifiés, méthode, finalité), les composantes du management (ce qui va être mis en œuvre), les actions pour chacune des composantes (comment cela va être mis en œuvre) et les ressources allouées (moyens matériels, humains et financiers nécessaires).

Un **PROCESSUS DE GESTION DES RISQUES** comprend plusieurs étapes qui visent à identifier et à analyser les risques, puis à les réduire afin de les rendre acceptables. La dernière étape consiste à suivre l'évolution de ces risques et à communiquer sur les résultats obtenus.

Un **FACTEUR** se définit comme tout élément qui influe positivement ou négativement sur un processus de conception, d'avancement (implémentation), de finalisation et de pérennisation d'une action de gestion des risques. Un facteur est dit favorisant ou freinant lorsqu'il existe une association prouvée entre ce facteur et la mise en œuvre ou le succès de cette action. Cette association peut être étudiée par des modalités d'exploration multifactorielle, de nature qualitative et/ou quantitative.

Le concept d'**ACCEPTABILITE DU RISQUE** se fonde sur l'articulation de deux logiques : « technico-rationnelle » (rapport bénéfice/risque) et sociale. Ce concept est envisagé comme impliquant des prises de position chez les sujets lorsqu'ils sont confrontés à diverses situations à risque. D'une part, à partir des informations reçues sur le rapport bénéfice/risque de la situation à risque, l'individu établit une balance entre les avantages et les inconvénients

qui en découlent. D'autre part, ces positions se réfèrent aux opinions des sujets, qui elles-mêmes sont construites en lien avec l'univers normatif et idéologique de l'individu. Au final, le poids des croyances et autres facteurs sociaux sous-tend une démarche d'évaluation qui détermine la qualification du risque comme acceptable ou non acceptable. Il est envisagé comme une notion subjective et évolutive en fonction des époques, des contextes économiques et socioculturels, des valeurs et attitudes des individus.

La **CULTURE DE SECURITE DES SOINS** désigne les normes, les valeurs et les représentations communes à un groupe en matière de sécurité des soins, lesquels se traduisent par des façons de sentir, penser et agir partagées par le groupe. La société européenne pour la qualité des soins ([The European Society for Quality in Health Care, www.esqh.net](http://www.esqh.net)) a défini en 2006 la culture de sécurité comme « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être associés aux soins ».

Les **PERCEPTIONS** désignent l'ensemble des mécanismes et des processus par lesquels l'individu prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens. La perception a essentiellement une fonction cognitive d'interprétation des informations sensorielles.

Les **REPRESENTATIONS** renvoient à des façons de voir localement et momentanément partagée au sein d'une culture, qui permet de s'assurer l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos. Directement issue des travaux de Durkheim, la notion de représentation sociale a reçu son élaboration théorique de S. Moscovici en 1961.

Un **FACTEUR INDUIT** est un facteur qui n'a pas été évoqué spontanément par les interviewés au cours des entretiens, mais au contraire suggéré par le sociologue en vue de mesurer la perception du répondant sur l'influence de cet élément.

# *Introduction*

## AVANT-PROPOS

Lutter contre les risques associés aux soins constitue un enjeu de santé publique. Une partie importante de ces risques survient dans les établissements de santé et, depuis 2004, l'organisation de la gestion des risques a été impulsée par les pouvoirs publics, renforçant ainsi les initiatives antérieures menées par les hygiénistes et les vigilants, ainsi que dans le cadre de la certification des établissements.

Les actions et les programmes d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (Cf. glossaire) dans les établissements de santé constituent aujourd'hui une priorité et un enjeu de santé publique pour améliorer la prise en charge du patient et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Afin de guider les établissements dans leur démarche de gestion et de prévention globale des risques, une circulaire DHOS E2/E4 n° 176 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé (ES) a été édictée le 29 mars 2004. Les résultats de la certification des établissements de santé, ainsi que ceux d'une étude réalisée (1) à la demande de la DGOS en 2009 auprès de 1575 établissements, traduisent cependant des niveaux très variés d'avancement de la gestion des risques en établissements de santé. Si nombre d'actions ont à ce jour été mises en œuvre, toutes n'ont pas abouti de façon satisfaisante ou bien, elles ont vu leur implémentation rendue difficile, souvent du fait de méthodologies défectueuses ou de procédures peu adaptées aux réalités contextuelles (de l'établissement et/ou du service concerné) ou personnelles (des sujets-cibles).

La mesure de l'état d'avancement au niveau des établissements a été conceptualisée dans le projet européen Marquis (Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies) (2). Ce projet avait pour objectif d'identifier les stratégies les plus efficaces pour améliorer la qualité des soins au niveau européen. Dans cette étude, sept stratégies d'amélioration (certification des établissements, programmes d'organisation de gestion de la qualité, audit et autres évaluations des pratiques, systèmes de gestion des risques, mise en œuvre des recommandations professionnelles, indicateurs de performance et systèmes collectant des informations en provenance des patients) ont été identifiées par questionnaire dans 389 établissements de court séjour de huit pays européens, et 89 ont fait l'objet d'une visite d'évaluateurs externes. En montrant une association positive entre six de ces stratégies et des résultats hospitaliers sur trois prises en charge, les promoteurs ont montré que ces stratégies se développent de manière interconnectée et participent du même construit, que nous appelons « état d'avancement des programmes de qualité et de gestion

des risques ». Ils ont élaboré un « index de maturité » des programmes expliquant environ la moitié de la variance du recours d'un établissement à ces stratégies.

## **LES ENSEIGNEMENTS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LES FREINS ET LEVIERS A LA MISE EN ŒUVRE ET L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES**

De nombreuses théories, rapports de recherche et revues de littérature ont été publiés pour fournir aux chercheurs, aux chefs de file de l'amélioration de la qualité, et aux responsables qualité et gestionnaires de risque, des informations sur les leviers et les freins des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité en milieu hospitalier. L'objectif est d'aider à la promotion efficace des stratégies d'application de toute amélioration des soins de santé, des systèmes, de la sécurité et de la politique.

Dans le cadre de ce projet de recherche portant sur les déterminants de l'avancement de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements de santé en France, nous avons, au commencement de l'étude, recensé au sein d'une littérature vaste et pluridisciplinaire l'ensemble des facteurs qui pourraient freiner ou au contraire faciliter la mise en œuvre et/ou le succès d'une action de cette nature (Cf. annexe 1). L'enjeu était d'identifier les principaux facteurs que les établissements de santé devraient prendre en compte dans la mise en œuvre de leurs programmes et actions d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.

Dans une approche similaire à celle adoptée dans la revue de la littérature de Kaplan (3), un groupe d'experts français issus de différentes disciplines (directeur qualité d'établissement de santé, coordonnateur des risques associés aux soins, médecins de santé publique, gestionnaire, psychologue, sociologues) a mené un travail de catégorisation et de synthèse des facteurs extraits de la littérature en fonction de leurs caractéristiques communes. Les facteurs ont été classés en fonction des catégories générales du cadre analytique de Duque (Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe). Le projet DUQUE est un projet européen coordonné, en France, par le CCECQA<sup>1</sup> (pour la FORAP) et la HAS.

---

<sup>1</sup> Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (Ccecqa), créé en 1996, est la 1<sup>re</sup> structure régionale d'appui en évaluation (SRA) mise en place en France. Association à but non lucratif (loi 1901), cette SRA fait partie de la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP : [www.forap.fr](http://www.forap.fr)). Le CCECQA fédère un réseau de 180 établissements sanitaires et médico-sociaux de la région Aquitaine



L'objectif est de montrer l'impact des stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé. (4) (Cf. annexe 2). Au total, nous avons répertorié dans l'ensemble des articles, 73 facteurs facilitants et 58 facteurs freinants.

Ces facteurs ont été regroupés selon leur appartenance à un niveau spécifique et classés au sein de cinq grandes catégories :

- Externe à l'établissement (facteurs relatifs au soutien par les structures externes, aux réglementations, aux dispositifs tels que la certification ou l'accréditation, à l'existence de dispositifs de surveillance externe, aux modalités de paiement du personnel de santé, au financement des soins de santé),
- Au niveau de l'établissement (gouvernance, organisation du travail, système de management de la qualité, bonne conduite de projets qualité, culture, patient empowerment et structure de l'établissement),
- Au niveau du service (gouvernance, organisation du travail, culture qualité),
- Au niveau des interactions professionnelles (climat de confiance, collégialité et collaboration, autonomie, objectifs communs, soutien pour le projet, engagement ou absence des professionnels, etc.).
- Au niveau individuel (facteurs socio-démographiques et psychologiques, dont des facteurs liés au sujet lui-même et des facteurs liés à la perception du contexte).

La catégorie intitulée « interactions professionnelles » se recoupe avec le « professionnalisme » du modèle de DUQUE, fondé à la fois sur les attitudes (mise à jour des compétences professionnelles, collaboration interprofessionnelle) et les comportements professionnels (participation aux actions d'amélioration de la qualité des soins, etc.). En revanche, la catégorie regroupant les facteurs individuels a émergé de la revue de la littérature. Cette dimension était absente du modèle initial de DUQUE.

Les facteurs facilitants les plus fréquemment identifiés dans la littérature sont des facteurs au niveau de l'établissement. Parmi ces derniers, quatre facteurs étaient récurrents dans la littérature :

- Le « leadership fort et engagé (engagement de la direction à toutes les étapes de l'action d'amélioration de la qualité de sa conception à sa pérennisation) » (catégorie « Gouvernance ») ;

---

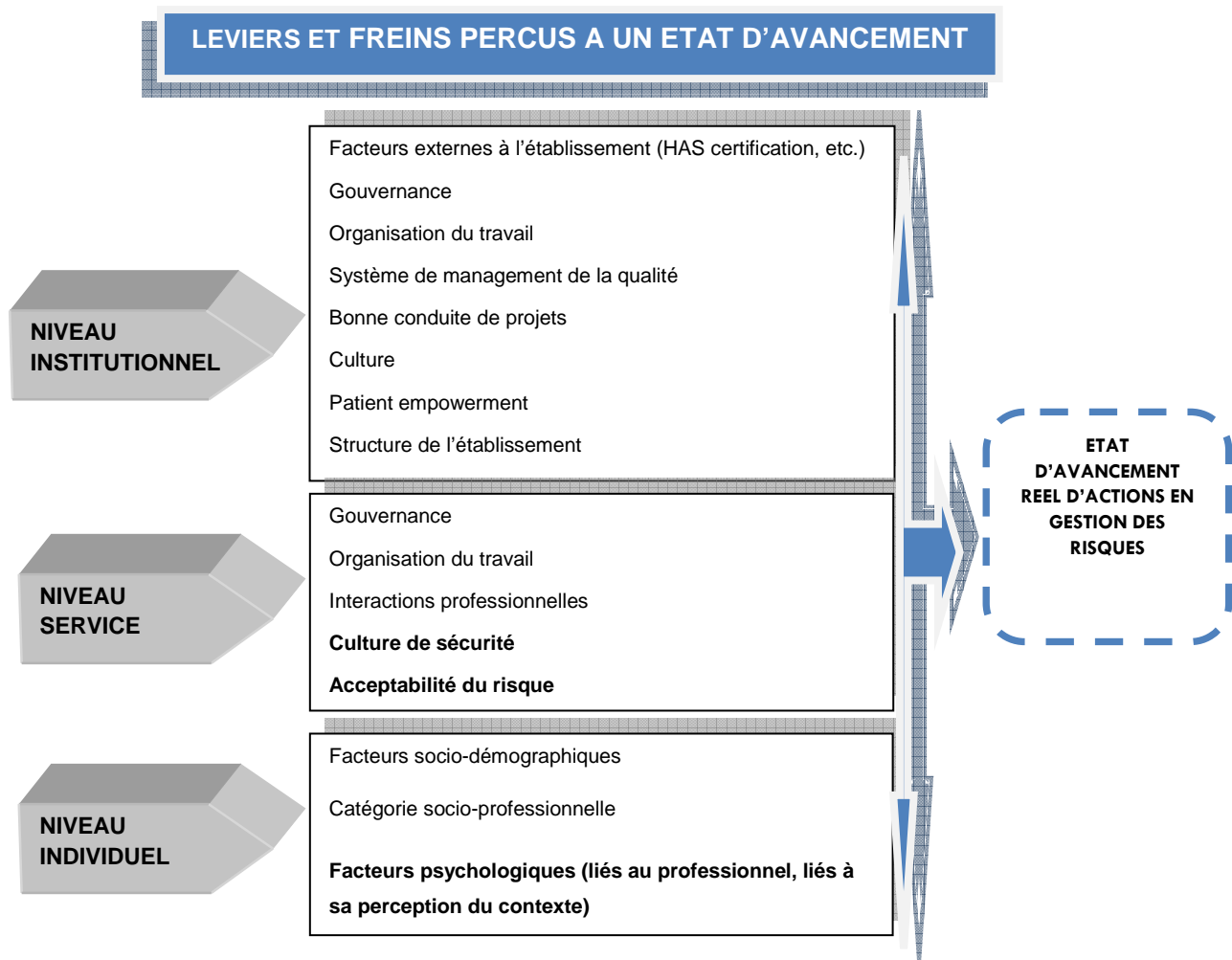
mobilisés dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité pour la santé. Ses missions sont les suivantes : expertise et accompagnement, pour le compte de ses membres ou de toute autre partie, à la mise en place et à la conduite d'actions d'évaluation dans les champs de la qualité et de la sécurité en santé ; mise en commun des expériences et des actions menées ; conduite d'actions de formation, de sensibilisation et d'information ; contribution à la définition d'une politique régionale de la qualité et de la sécurité des soins ; collaboration avec les instances territoriales, régionales et nationales dans ses champs d'intervention.

- La « structure organisationnelle d'amélioration de la qualité » (composition, management, organisation, expérience, pluridisciplinarité et degré de compétence de l'équipe qualité),
- Les « ressources dédiées » (temps, compétences, ressources matérielles et financières) (catégorie « Système de management de la qualité ») ;
- L'« élaboration et la diffusion des recommandations et protocoles de pratiques professionnelles » (Evidence based practices) au sein de la catégorie « Organisation du travail ».

Les facteurs freinants recensés au niveau de l'établissement sont également très présents dans la littérature. Les catégories « facteurs individuels » et « interactions professionnelles » ont été régulièrement identifiées comme des facteurs freinants. Parmi les facteurs freinants les plus cités dans la littérature, certains se situaient au niveau de l'établissement, tels que la « défaillance du système local d'élaboration, de diffusion et d'appropriation des guides de bonnes pratiques » (catégorie « organisation du travail »), « le manque de ressources dédiées » (ressources matérielles, temps et capital humain) et le « système d'information insuffisant et difficilement accessible » (catégorie « bonne conduite de projet : index amélioration de la qualité »). D'autres facteurs font référence au niveau individuel tels que la « banalisation (faible importance perçue du risque), le déni de la réalité, du vécu du patient » et le « manque de compétences ou de connaissances ». Enfin, un dernier facteur fréquemment rapporté se situe au niveau du service ; il s'agit de « l'absence de protocoles de bonnes pratiques » (catégorie « organisation du travail »).

Au final, les facteurs managériaux (liés au management et au leadership) et les facteurs organisationnels liés à l'organisation du travail (et non à l'organisation du projet lui-même) semblent tenir une place importante dans la mise en œuvre ou le succès d'actions/programmes d'amélioration de la qualité et de gestion des risques. Le système de management de la qualité et les facteurs managériaux sont plus souvent abordés comme des leviers que de façon freinante. A contrario, les freins sont plus nombreux au sein des facteurs interactionnels et individuels.

Les facteurs recensés à partir de cette revue de la littérature ont ensuite été soumis au groupe d'experts (groupe de travail du projet et professionnels sollicités) du projet PROGRESS en vue de sélectionner les plus pertinents à l'aide d'un consensus formalisé. Ces différentes étapes, préparatoires à la réalisation de l'étude ont permis d'élaborer un cadre théorique pour l'élaboration de la méthodologie (Schéma 1).



**Schéma 1.** Cadre conceptuel

## **LES HYPOTHESES DE RECHERCHE**

La revue de la littérature réalisée nous a conduits à faire l'hypothèse de l'association entre plusieurs catégories de facteurs identifiés et l'état d'avancement d'actions en gestion des risques. Parmi ces facteurs, certains étaient liés à la gouvernance du système de santé (réglementation, environnement juridique, dispositifs comme la certification, contraintes financières et de démographie professionnelle, etc.), d'autres liés aux établissements. Dans les établissements, les relations entre management et développement des démarches qualité et gestion des risques font actuellement l'objet de plusieurs travaux de recherche (5). Les facteurs individuels et de groupes de professionnels sont rarement étudiés, alors que l'observation quotidienne laisse penser que leur rôle pourrait être important.

Suite à nos précédents travaux de recherche l'acceptabilité des risques (6-18) et la culture de sécurité des soignants (18-22) (Cf. glossaire), notre équipe souhaitait vérifier en particulier s'il existait aussi une association entre l'état d'avancement d'actions en gestion des risques et ces éléments.

## **BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Le but du projet de recherche PROGRESS était **d'identifier des facteurs sur lesquels les établissements pourraient agir** pour faciliter l'avancement des actions de gestion des risques.

Pour les établissements et les services participants à ce projet, les nouvelles connaissances apportées par l'étude devraient permettre :

- d'identifier des leviers locaux à utiliser et des freins à lever afin de renforcer l'adhésion des professionnels et faciliter la mise en œuvre du programme de gestion des risques ;
- d'évaluer l'état d'avancement de leurs actions ciblées sur un risque associé aux soins ;
- de travailler sur l'amélioration d'outils de gouvernance de la gestion des risques associés aux soins.

L'objectif général était d'étudier les perceptions et les représentations (Cf. glossaire) des professionnels de santé relatives aux **facteurs associés à l'état d'avancement des actions de gestion des risques associés aux soins**.

Le risque associé aux soins retenu pour ce travail était le risque infectieux sur cathéter veineux périphérique (CVP) car il s'agit d'un risque fréquent, commun à un ensemble de services, potentiellement grave et évitable, pour lequel des actions de prévention sont en cours de déploiement. Il s'agit du dispositif médical invasif le plus fréquemment utilisé en France, avec une estimation de 25 millions par an, dont un tiers en anesthésie (8 millions d'actes par an) (AFAR 1998;18:1299-387). Il concerne 16 % des patients hospitalisés (ENP 2006. Raisin, disponible sur [www.invs.fr](http://www.invs.fr)). Le risque infectieux est faible avec une prévalence des infections locales de 0,02 % et des bactériémies de 0,01 %, une incidence des infections locales de 0,1 à 2,3 % de CVP et des bactériémies de 0,1 à 1 ‰ journées de CVP (MMWR 2002;51:1-29 – Surveillance des BN. Raisin, disponible sur [www.invs.fr](http://www.invs.fr) – Hajjar et al. AFAR 2000;19:47-53). Ce risque infectieux est considéré évitable.

La prévention de ces infections a fait l'objet de recommandations élaborées par la SFHH en partenariat avec la HAS et publiées en novembre 2005 (disponible sur [www.sfhf.net](http://www.sfhf.net) et [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))

Les mesures de prévention actuelles visent à :

- améliorer l'application des mesures de prévention,
- former les professionnels et auditer leurs pratiques,
- associer différentes interventions (bundle),
- utiliser des check-lists.

Enfin, il existait des exigences liées à la certification des établissements de santé, avec le critère 8g « Maîtrise du risque infectieux » dans le manuel de certification V2010.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Explorer les perceptions (23) et les représentations (24) des professionnels de santé quant aux facteurs influençant l'état d'avancement des actions de gestion des risques associés aux soins ;
- Evaluer l'état d'avancement réel des actions de GDR associée aux soins ;
- Mettre en lien les perceptions et les représentations des professionnels de santé avec l'état d'avancement réel des actions de GDR associée aux soins.

# *Méthodologie*

## TYPE D'ETUDE : ETUDE EXPLORATOIRE ET QUALITATIVE

Le groupe de travail a jugé pertinent de mettre en œuvre une démarche essentiellement qualitative, complétée par le recueil de données factuelles.

Le projet de recherche PROGRESS a privilégié une approche qualitative pour deux raisons principales. D'une part, il s'agissait d'étudier la perception et les représentations des professionnels en leur offrant la possibilité de s'exprimer par l'organisation d'échanges divers (entretiens individuels et collectifs). L'étude des représentations sociales (25) auprès des différents groupes de la population hospitalière a été considérée comme une recherche innovante, originale, avec des retombées opérationnelles potentielles, car le discours d'un sujet est en étroite adéquation avec ses comportements effectifs (26). Une telle orientation supposait de se centrer sur les dires des personnels soignants, comme étant l'expression de leur existence individuelle et sociale, incluse dans une situation particulière à l'intérieur d'un groupe spécifique et d'une culture donnée. Dès lors, explorer les logiques inhérentes à chaque corps de métier, qui présidaient à ces constructions représentatives de la gestion des risques semblait une condition *sine qua non* qui permettrait d'adapter au mieux les politiques de gestion des risques et leurs contenus à la réalité du vécu et des pratiques professionnelles des soignants. D'autre part, ce projet s'intéressait aux pratiques quotidiennes des acteurs ; seule l'observation pouvait effectivement en rendre compte.

Ce projet associait deux approches :

- Une « descriptive » en proposant une analyse qualitative des perceptions et des représentations des acteurs, relatives aux facteurs influençant l'état d'avancement (freins et facilitateurs) des actions de gestion des risques ;
- L'autre d' « évaluation » de l'état d'avancement des actions programmées concernant l'infection sur CVP ; mis ensuite en perspective par rapport à l'état d'avancement « perçu » par les professionnels.

## **DEROULEMENT DE L'ETUDE**

**Phase 1** : Identification des facteurs freinant ou facilitant l'avancement des actions en gestion des risques

- Revue de la littérature ;
- Démarche de catégorisation et de synthèse des facteurs extraits de la littérature en fonction de leurs caractéristiques communes par un groupe d'experts français (partenaires du projet PROGRESS) issus de différentes disciplines (directeur qualité d'établissement de santé, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, médecins de santé publique, gestionnaire, psychologue, sociologues) ;
- Démarche de consensus formalisé auprès de professionnels (institutionnels et professionnels de santé du service) afin de sélectionner les facteurs les plus pertinents ;
- Discussion des résultats par le groupe de travail et finalisation de la liste de ces facteurs.

**Phase 2** : Elaboration d'un outil pour évaluer l'état d'avancement réel des actions de gestion des risques en cours dans les services

- Choix d'une thématique transversale : prévention des infections sur cathéter veineux périphérique ;
- Elaboration d'un cadre général d'évaluation de l'état d'avancement d'actions qualité et gestion des risques, fondé sur les trois niveaux du manuel de certification (prévoir, mettre en œuvre, évaluer) ;
- Elaboration d'un outil permettant de collecter des informations concernant l'état d'avancement de(s) actions étudiées ;
- Finalisation et pré-test de l'outil.

**Phase 3** : Construction des autres outils de recueil des données

- Construction de deux guides d'entretien semi-directif, un pour les acteurs institutionnels et un autre pour les professionnels de santé ;
- Construction d'une grille de recueil d'informations sur le dispositif de gouvernance et l'organisation de la gestion des risques au sein de l'établissement ;
- Construction d'une grille d'observation des éléments contextuels et d'informations sur l'organisation du service et les pratiques en lien avec l'action de gestion des risques étudiée.



- Pré-test des outils de recueil des données

#### **Phase 4 : Collecte des données sur le terrain**

- Appel à volontariat auprès d'établissements de santé ;
- Recueil des données factuelles sur le dispositif de gouvernance et le système de management des risques de l'établissement ;
- Recueil des éléments contextuels et d'informations sur l'organisation du service et les pratiques en lien avec l'action de gestion des risques sur l'infection sur CVP étudiée par des visites de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) ;
- Collecte des données factuelles pour évaluer l'état d'avancement réel de l'action (des actions) de prévention des infections sur cathéter veineux périphérique (CVP) au sein des services étudiés ;
- Conduites d'entretiens individuels auprès d'acteurs institutionnels et de professionnels de santé.

## **LIEU D'ETUDE**

Un appel à participation a été lancé par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) en vue de recruter des établissements participants au projet. Le projet a été réalisé en région **Aquitaine et dans le Limousin<sup>2</sup>**, au sein de **10 services volontaires** issus de **5 établissements publics et privés (2 services par établissement)**.

Les établissements concernés étaient les suivants :

- Deux Centres Hospitaliers de plus de 300 lits ;
- Deux Etablissements privés MCO de moins de 100 lits;
- Un Etablissement privé MCO de plus de 100 lits.

**Les services concernés étaient des services de chirurgie, et de médecine dits polyvalents.** Dans les établissements de soins dits « généraux », ces services de médecine pouvaient être des services de médecine interne, de médecine à orientation infectiologique, cardiologique, pneumologique, rhumatologique, néphrologique, endocrinologique, gastro-entérologique, etc.

---

<sup>2</sup> En raison de difficultés de recrutement des établissements, le CCECQA a eu recours à un second appel à participation diffusé également à des régions limitrophes.

Les services d'urgence et les services de réanimation ont été exclus.

Le critère principal requis pour participer au projet était la participation en cours des deux services de l'établissement à une action d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques ciblée sur la réduction des risques infectieux sur Cathéter Veineux Périphérique (CVP).

## **LES PERSONNES CONCERNEES**

Les professionnels sollicités dans le cadre de ce projet étaient :

- Les acteurs institutionnels : le directeur d'établissement, le directeur des soins infirmiers, le directeur qualité et/ou l'assistant qualité, le coordonnateur de la gestion des risques, le président de la Commission ou Conférence Médicale d'Etablissement (CME) ainsi que les membres de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) ;
- L'équipe médicale composée des médecins et des chirurgiens ;
- Et l'équipe paramédicale composée du cadre de santé et des personnels infirmiers travaillant de jour et de nuit.

## **COLLECTE DES DONNEES**

### **1. INTERLOCUTEURS DE TERRAIN ET ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNEES**

Au cours de cette période, l'équipe projet au CCECQA composée d'un médecin et de deux sociologues, a organisé cette collecte des données en collaboration avec les professionnels de l'établissement et plus particulièrement ceux de la direction, du service qualité et les professionnels soignants.

Chaque établissement participant était chargé de désigner quatre correspondants afin de faciliter le déroulement du projet : un responsable du projet local, un correspondant de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (l'EOHH) et un correspondant pour chacun des deux services.

Le recueil des données a été organisé en deux temps. Une première réunion de lancement et de cadrage a été organisée en avril 2013 dans les locaux du CCECQA avec l'ensemble

des correspondants de deux premiers établissements participant au projet en vue d'informer et d'échanger sur la justification du projet, ses objectifs et les retombées attendues, la méthodologie, son déroulement, en particulier les modalités de recueil des données.

La seconde réunion de lancement, organisée en septembre 2013 a réuni deux autres établissements dans les locaux du CCECQA. Enfin, l'équipe du CCECQA s'est déplacée au sein du cinquième établissement participant pour le lancement du projet.

## 2. SOURCES DE DONNEES RECUEILLIES ET OUTILS UTILISES (CF. ANNEXE 3)

Plusieurs types de données ont été recueillis à l'aide de quatre sources de données :

- **Recueil d'éléments contextuels** à l'aide d'une grille sur le dispositif de gouvernance et le système de management des risques (Cf. annexe 4)

Pour faciliter ce recueil, le responsable du projet de l'établissement désigné au préalable était chargé de mettre à disposition de l'équipe sur place les documents relatifs au dispositif de gouvernance et au système de management des risques.

Une analyse documentaire a été effectuée afin de recueillir des données contextuelles, mais aussi des informations relatives au système de gouvernance de l'établissement et notamment d'organisation de la démarche qualité et de la gestion des risques. Enfin, elle visait aussi à recueillir des informations relatives à l'organisation des services étudiés.

- **Entretiens individuels semi-directifs** sur les facteurs influençant l'état d'avancement des actions de gestion des risques associés aux soins (en général, et plus précisément sur l'infection sur CVP) – *Environ 45 minutes par entretien.* (Cf. annexe 5)

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés auprès des professionnels administratifs et soignants de l'établissement afin d'obtenir des informations concernant les systèmes de représentations et les perceptions. Ces entretiens cherchaient à identifier une diversité de représentations sur l'état d'avancement des actions de gestion des risques. A des entretiens menés sur un mode directif, pouvant provoquer l'omission de certaines thématiques ou bloquer le processus réflexif de l'acteur, ont été privilégiés **des entretiens semi-directifs à l'aide de questions ouvertes** (avec relances), grâce auxquels il était possible de dégager le cadre perceptif du sujet. Dans l'entretien semi directif, l'enquêteur était attentif au discours de son interlocuteur. Tout en guidant l'échange en fonction des thématiques de l'étude, il restait ouvert à d'éventuelles dimensions apportées par

l'interviewé. Ces entretiens visaient à étudier les perceptions, les représentations et connaissances des professionnels sur les programmes de gestion des risques en général, sur l'action concernant les CVP, les leviers et les freins à sa mise en place et à son avancement. Il s'agissait également de mieux appréhender les pratiques professionnelles quotidiennes lors de l'utilisation des CVP, et de questionner le niveau de culture de sécurité des professionnels.

Les professionnels concernés par les entretiens dans chaque établissement étaient

#### 4 professionnels institutionnels

- Directeur d'établissement ;
- Directeur/responsable gestion des risques ;
- Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou de la Conférence Médicale d'Etablissement.

#### 10 professionnels de santé (5 par service) :

- Le chef de service ;
- 1 médecin ;
- Le cadre de santé ;
- 2 infirmiers.

Ces entretiens individuels semi-directifs ont été menés par un sociologue et enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après autorisation du professionnel sollicité. A la fin de l'entretien, plusieurs questions étaient posées sur l'organisation de la gestion des risques au sein du service (Cf. annexe 6). Les questions proposées étaient différentes pour l'encadrement (cadre de santé, chef de service) et les autres soignants de l'équipe.

➔ **Recueil d'informations sur l'organisation du service et les pratiques effectives en lien avec l'action étudiée, par observation directe** de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) de l'établissement dans les deux services étudiés, à l'aide d'une grille d'observation élaborée avec le soutien de l'ARLIN Aquitaine (Cf. annexe 7).

Par l'acte d'observation du détail, que ce soit par le regard ou toute autre technique telle que l'écoute, la consultation de documents, la discussion informelle, le chercheur en situation d'immersion dans le groupe, était à même d'enregistrer des phénomènes non abordés dans les entretiens, que ce soit par omission intentionnelle ou non des interviewés. L'observation était susceptible de repérer des écarts entre ce que l'on dit faire (pratiques déclarées) et ce que l'on fait (pratiques réelles en situation).

Une observation directe des pratiques en lien avec la pose et la manipulation du CVP a été réalisée par deux professionnels de l'EOHH de l'établissement préalablement formés par un sociologue du CCECQA à l'utilisation d'un cahier d'observation spécifique.

Ce qui distinguait principalement cette démarche d'un audit des pratiques (méthode d'évaluation très utilisée en milieu hospitalier dans le cadre de l'Evaluation des Pratiques professionnelles (EPP) et de la certification), était la demande faite aux observateurs d'identifier les remarques formulées par les professionnels sur les façons de faire, l'hygiène hospitalière globale, les conditions de réalisation des soins, les difficultés rencontrées par les professionnels, en complément leur degré de conformité aux recommandations actuelles. Ce cahier d'observation comprenait également l'étude d'un ou de deux dossiers de patients en cours d'hospitalisation afin de vérifier les éléments de traçabilité concernant l'utilisation du CVP. Huit observations devaient être effectuées dans chacun des deux services, sur un rythme de deux observations par semaine pendant quatre semaines. La durée prévue pour chaque observation était de 60 minutes.

→ **Entretien collectif pour le recueil des perceptions et de données factuelles** sur l'action étudiée pour la prévention des infections associées à l'utilisation du CVP afin d'évaluer l'avancée « réelle » de l'action mise en place dans les services participants\_(Cf. annexe 8).

Menée par un sociologue et un médecin du CCECQA, cet entretien collectif d'une durée d'environ 1h30 devait être réalisé avec les professionnels suivants : une personne de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH), les deux correspondants des services étudiés, le qualicien ou coordonnateur de la gestion des risques de l'établissement.

Cet entretien visait à associer les acteurs à l'analyse en mobilisant leurs compétences réflexives. Il ne consistait pas simplement à additionner des points de vue mais aussi à élaborer une connaissance globale du sujet par la rencontre systématique des interprétations du phénomène et de ses enjeux par les différents participants. Par ailleurs, l'association de différents acteurs impliqués dans le même type d'action permettait d'analyser la façon dont ils interagissaient au quotidien, en d'autres termes leurs modes de collaboration et de coopération.

### **3. PRE-TEST DES OUTILS**

L'ensemble des outils élaborés pour le recueil des données a fait l'objet d'un pré-test au sein de deux établissements situés en Aquitaine et ne participant pas à cette étude. Les guides d'entretiens, la grille de recueil des données sur la gouvernance et le système de gestion

des risques, et la grille élaborée pour l'entretien collectif ont été testés au sein d'un Centre Hospitalier de grande taille. Le cahier d'observation a été testé au sein d'une clinique. Ce pré-test a permis de modifier et d'améliorer certains outils.

## **ANALYSE DES DONNEES**

La plupart des données recueillies ont fait l'objet d'une analyse qualitative.

**Le recueil des éléments factuels sur la gouvernance et le système de gestion des risques** a donné lieu à une analyse de contexte de chacun des établissements participants.

Anonymisés, **les entretiens individuels** avec les acteurs institutionnels et les professionnels de santé des services ont fait l'objet d'une retranscription intégrale et d'une **analyse de contenu thématique (ACT)** par deux sociologues à l'aide du logiciel d'analyse qualitative *NVivo 10*. L'ACT est une méthode d'analyse consistant « à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes<sup>3</sup> généraux récurrents (27) qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (28). Ce type d'analyse consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (29). Le fonctionnement normal de la connaissance repose sur un travail incessant d'interprétation dans le but de construire des catégories d'intelligibilité. Le processus de construction de ces catégories thématiques, appelé le codage, peut être réalisé de deux façons : soit le chercheur peut se demander quels contenus concrets prennent des thèmes définis préalablement par lui (codage conceptualisé ou préalable), soit au contraire il peut explorer quels sont les thèmes présents dans un corpus, et quels sont leurs contenus (codage inductif). Ainsi, l'arborescence thématique d'un corpus peut être établie avant l'étude du matériau, ou suite à celle-ci. Ces approches peuvent néanmoins s'articuler dans le déroulement concret d'une recherche. Notre démarche analytique reposait sur l'articulation de ces deux processus. Si notre trame analytique reposait sur des grands thèmes établis *a priori* (facteurs freinants, facteurs facilitants, culture de sécurité etc.), les arborescences de ces facteurs ont été élaborées à partir d'un codage thématique inductif à partir des énoncés concrets pour établir inductivement la cartographie thématique du corpus. Avec l'ACT, il était possible de repérer, derrière des expressions multiples, des configurations sémantiques récurrentes, c'est-à-dire énonçables dans des termes plus « abstraits » que les expressions concrètes.

---

<sup>3</sup> Un thème est « une expression ou une phrase qui identifie ce sur quoi porte une unité de données ou ce qu'elle signifie ».

L'intérêt du recours au **logiciel NVivo** tenait principalement d'une part à sa fonction d'organisation des données et d'autre part à la possibilité d'effectuer des requêtes pour réaliser des matrices de croisement. Avec ce logiciel, chaque catégorie (le « nœud ») pouvait être comparée à un tiroir dans lequel était inséré du verbatim extrait des entretiens. Le logiciel *NVivo* facilitait l'élaboration de la catégorisation des facteurs en permettant leur regroupement tout en gardant l'ensemble des informations qui y étaient attachées. Il permettait de calculer le nombre d'occurrences des facteurs, en vue de hiérarchiser les freins et les facteurs facilitants perçus par les interviewés.

Deux types d'analyses ont été menés : des analyses par établissement et des analyses transversales. Pour chaque établissement, une arborescence des facteurs perçus a été construite. Des analyses globales cherchaient à identifier les facteurs perçus sur l'ensemble du corpus d'entretiens selon différents critères : le statut professionnel, l'ancienneté professionnelle, etc.

**L'entretien collectif** sur l'état d'avancement réel de l'action de GDR a été traité par une analyse de la conduite d'action, avec la construction d'une matrice « atouts, faiblesses/opportunités, menaces ». Cette analyse visait à appréhender l'avancée de l'action en fonction de la planification initiale de celle-ci, et de mettre au jour les raisons explicatives de cet état d'avancement.

#### Traitement qualitatif et quantitatif

Enfin, **les observations des pratiques de traçabilité, de pose et de manipulation de CVP** ont été analysées de façon quantitative avec l'élaboration de pictogrammes pour chaque établissement, en vue d'obtenir des résultats sur la fréquence des écarts aux bonnes pratiques, par service et pour chacun des critères utilisés pour évaluer ces pratiques. Un traitement qualitatif complémentaire a été mené afin d'analyser l'ensemble des commentaires recueillis au cours des observations réalisées. Ces derniers pouvaient apporter un éclairage sur les raisons avancées par les professionnels pour justifier le respect ou non du protocole de pose et de manipulation des CVP, et repérer des éléments contextuels (situation d'urgence dans le service, etc.) du soin observé.

## **RESTITUTION DES RESULTATS ET IMPACT DES RESULTATS**

Pour chaque établissement, il a été rédigé un rapport d'étude qui contenait les éléments suivants :

- L'analyse du contexte de l'établissement et de l'organisation de la gestion des risques (politique, communication, programme, structuration, formation, système d'information et d'évaluation) ;
- L'état des lieux de l'avancement de l'action de lutte contre les infections sur CVP dans l'établissement mis en perspective avec le mode d'organisation de la conduite d'action ainsi que l'identification des ressources et des contraintes, perçues et objectives, explicatives de l'état d'avancement ;
- Les résultats des observations conduites sur la pose et la manipulation du CVP ;
- La perception des institutionnels et des soignants relative aux facteurs locaux facilitant et freinant l'avancement de la gestion des risques ;
- Des préconisations pour faciliter l'avancement des programmes de gestion des risques ;
- Les résultats globaux répondant aux objectifs de la recherche ;

Un document plus court présentant une synthèse des résultats a aussi été élaboré afin de faciliter la communication des résultats à l'ensemble des professionnels des services ayant participé à ce projet, et plus largement au sein de toutes les unités de soins des établissements.

Enfin, le CCECQA a prévu l'organisation d'une journée de fin de projet pour les 5 établissements participants et plus largement pour les établissements adhérents du CCECQA. Cette journée a pour objectifs de communiquer sur les résultats globaux, de favoriser le partage des expériences de chaque établissement et de discuter des retombées potentielles de ce projet de recherche.

## **ASPECTS ETHIQUES ET REGLES DEONTOLOGIQUES**

L'équipe de recherche constituée de sociologues, psychologues, médecins, épidémiologistes, s'était engagée à respecter les droits fondamentaux des professionnels de santé rencontrés, en particulier leur liberté de participer et la confidentialité des données. L'équipe n'est intervenue qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées. En effet, l'anonymat des personnes dans les structures sollicitées et des données recueillies a été garanti, et le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même a été respecté.

Les patients et les familles n'ont pas été impliqués directement. Néanmoins, si c'étaient les pratiques du personnel infirmier qui étaient observées, il était systématiquement demandé au patient, sur qui le soin était réalisé, son accord préalable.



# *Résultats*

## **RESULTATS DU PROJET PAR ETABLISSEMENT**

### **1. SYNTHÈSE DES RESULTATS SUR LES CINQ ETABLISSEMENTS**

Cette partie constitue une première introduction des résultats issus des différents recueils de données dans le cadre du projet PROGRESS pour chacun des 5 établissements. Le tableau page suivante permet une lecture individualisée et transversale des résultats du projet sur les 5 établissements<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Cf : Annexes 9 : Synthèses des résultats du projet Progress pour les 5 établissements

**Tableau 1.** Synthèse des résultats des 5 établissements

	<b>Etablissement 1</b>	<b>Etablissement 2</b>	<b>Etablissement 3</b>	<b>Etablissement 4</b>	<b>Etablissement 5</b>
	<b>E.1</b>	<b>E.2</b>	<b>E.3</b>	<b>E.4</b>	<b>E.5</b>
<b>Type</b>	Grand CH	Grand CH	Grande clinique	Petite clinique	Petite clinique
<b>HAS Certification</b>	Dernière certification : avril 2013.	Dernière certification : juin 2011.	Dernière certification : juin 2011.	Dernière certification : juin 2013.	Dernière certification : mai 2012.
<b>Reserves et recommandations en lien avec la GDR</b>	<p>- Une <b>réserve majeure</b> sur la prise en charge médicamenteuse du patient en court séjour ;</p> <p>- <b>Autres réserves</b> en lien avec la GDR : l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, la prise en charge de la douleur (en santé mentale) et l'endoscopie et l'organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur</p> <p>- <b>Recommandations</b> en lien avec la GDR : la politique et l'organisation</p>	<p>- <b>Reserves</b> : information du patient en cas de dommages liés aux soins, gestion du dossier patient, démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse, éducation thérapeutique.</p> <p>- <b>Recommandations</b> : bon usage des antibiotiques, gestion du dossier patient, démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse, organisation du bloc opératoire, mise en œuvre des démarches d'EPP).</p>	<p>Elle n'a fait l'objet d'aucune recommandation ni d'aucune réserve en lien avec la GDR.</p>	<p>Elle n'a fait l'objet d'aucune recommandation et réserve complémentaire.</p> <p>Le rapport précise que l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations de la certification précédente. Les critères suivants ont été investigués : management stratégique, management des ressources,</p>	<p>- <b>Une seule recommandation</b> sur l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), avec la mise en exergue du manque d'implication des médecins dans sa mise en œuvre.</p>

de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, développement d'une culture qualité et sécurité, programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des événements indésirables, la gestion du dossier patient, l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et au management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Suite au rapport de suivi de janvier 2013, **une réserve et trois recommandations maintenues** : la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse; la gestion du dossier patient et l'organisation du bloc opératoire.

management de la qualité et sécurité des soins, droits et place des patients, gestion des données du patient, parcours du patient, prises en charges spécifiques, évaluation des pratiques professionnelles.

	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5
Contexte Gouvernance , politique, équipe qualité	<b>Politique GDR/qualité</b> dans le projet médical et le projet de soins.	<b>Politique GDR/qualité</b> dans le projet d'établissement.	<b>Politique GDR/qualité</b> à travers le projet médical.	<b>Politique GDR/qualité</b> dans le projet d'établissement.	<b>Politique GDR</b> dans le projet d'établissement.
	<b>Axes prioritaires pour la GDR</b> <u>Dans le projet médical</u> : sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux, mise en œuvre de la politique qualité et sécurité, promotion de la démarche éthique et de la bienveillance ; <u>Dans le projet de soins</u> : continuité des soins, droits et parcours des patients, coordination entre professionnels, dossier patient et traçabilité, qualité des soins et GDR, management et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.	<b>Axes prioritaires pour la GDR</b> : développer une culture de prévention et de gestion dur risque partagée par tous les acteurs ; sécuriser l'ensemble du circuit du médicament et des dispositifs médicaux ; sécuriser l'identification des patients ; renforcer l'efficacité des vigilances ; coordonner le suivi des contrôle de sécurité sanitaire ; renforcer l'organisation pour la gestion de crise sanitaire ; améliorer la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières ; évaluer les risques a priori ; veiller au respect de la réglementation et	<b>Axes prioritaires pour la GDR</b> : maîtrise du risque infectieux, maîtrise du circuit du médicament, politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et promotion de la bienveillance.	<b>Axes prioritaires pour la GDR</b> l'évaluation et l'amélioration des pratiques : formaliser les organisations et les responsabilités, développer l'analyse des risques a priori, promouvoir les actions de vigilance, assurer la sécurité transfusionnelle des patients, promouvoir les actions des vigilances, analyser, traiter les risques a posteriori, mesurer l'amélioration de l'établissement.	<b>Axes prioritaires pour la GDR</b> : EPP, prévention et maîtrise du risque infectieux, lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, politique de formation basée sur la prise en compte des attentes des salariés et des besoins des patients.

		des bonnes pratiques ; maîtriser le risque infectieux ; maîtriser le risque transfusionnel ; poursuivre la démarche d'évaluation des risques professionnels.			
	<b>Programme GDR/qualité</b> existant. Il intègre la maîtrise des risques infectieux.	<b>Projet qualité</b> existant. Il intègre la maîtrise des risques infectieux.	<b>Projet qualité/risques/sécurité des soins</b> existant. Il intègre la maîtrise des risques infectieux.	<b>Programme qualité / sécurité des soins</b> existant. Il intègre la maîtrise des risques infectieux	<b>Programme qualité</b> existant mais partiel. Il intègre la maîtrise des risques infectieux.
	<b>Ressources dédiées</b>  Au niveau opérationnel : une Coordinatrice de la GDR à temps plein (et responsable prise en charge médicamenteuse, et des EPP) et une EOHH. Volonté de mettre en place des correspondants au sein des services ou des pôles.	<b>Ressources dédiées</b>  Au niveau opérationnel, Coordonnateur de la qualité et de la gestion des risques et le CGDR, EOH sous la responsabilité du CLIN.	<b>Ressources dédiées</b>  Au niveau opérationnel : Coordinatrice de la gestion des risques (également DSI et responsable de la prise en charge médicamenteuse) et la responsable qualité/gestion des risques, EOHH et 2 cadres de proximité.	<b>Ressources dédiées</b>  Au niveau opérationnel : Coordonnatrice de la gestion des risques, gestionnaire des risques, référent qualité, responsable qualité et responsable de la prise en charge médicamenteuse.	<b>Ressources dédiées</b>  Au niveau opérationnel : la DSI, l'EOHH.

<p><b>Processus de GDR formalisé</b> (méthode PDCA : Prévoir, Mettre en œuvre, Contrôler et Ajuster).</p>	<p><b>Processus de GDR formalisé</b></p>	<p><b>Processus de GDR formalisé mais partiel</b></p> <p>- Mise en œuvre (type d'action); éléments de suivi (indicateurs de suivi), calendrier et responsable de l'action. L'identification des risques et la communication des résultats obtenus n'apparaissent pas dans le processus.</p>	<p><b>Processus de GDR formalisé</b></p>	<p><b>Pas de processus de GDR formalisé</b></p>
<p><b>Axes de formation</b> spécifiques en GDR : la sécurité incendie, la gestion des soins d'urgence, les droits des patients et la bientraitance.</p>	<p><b>Formation</b> spécifique en GDR (réalisée par les hygiénistes) et formation en hygiène/prévention des risques pour les nouveaux arrivants.</p>	<p>Pas de <b>Formation</b> spécifique en GDR. L'hygiène est un axe de formation prioritaire.</p>	<p>Déploiement de la démarche qualité/GDR :</p> <p>- <b>Formation</b> pour la mise à jour des connaissances ;</p> <p>- <b>Actions de sensibilisation</b> auprès de l'ensemble du personnel.</p>	<p>Pas de <b>Formation</b> spécifique en GDR mais risque infectieux un des axes prioritaires du plan de formation global.</p>

Nature de l'action de réduction du risque infectieux sur le CVP	<p><b>Système d'information</b> pour la GDR mais pas de diffusion formalisée des documents.</p>	<p><b>Système d'information</b> pour la GDR et une diffusion formalisée des documents (par le portail pour la GDR sur intranet).</p>	<p><b>Système d'information</b> pour la GDR et diffusion formalisée des documents (compte-rendus de réunions, bilans des instances, programmes annuels).</p>	<p><b>Système d'information</b> pour la GDR et diffusion formalisée des documents (intranet, journal interne, classeurs).</p>	<p><b>Système d'information</b> pour la GDR et diffusion des documents formalisée (réunions de service, affichage dans les services).</p>
	<p><b>Situation budgétaire</b> déficitaire.</p> <p><b>Signalement des veinites.</b> Les signalements doivent être faits par les IDE et les médecins, puis adressés à l'EOHH.</p>	<p><b>Situation budgétaire</b> déficitaire.</p> <p><b>Actualisation du protocole</b> « pose et surveillance du CVP et sous-cutané » et mise en place d'un support de surveillance (check-list).</p>	<p><b>Situation budgétaire</b> à l'équilibre.</p> <p><b>EPP sur la pose et la manipulation du CVP</b> (à partir de la méthodologie d'audit du GREPHH)</p>	<p><b>Situation budgétaire</b> excédentaire.</p> <p><b>Analyse des causes en retours d'expériences (REX) d'un AES</b> impliquant un CVP et un collecteur DASRI ; puis mise en œuvre d'actions correctives (nouveaux matériels sécurisés).</p>	<p><b>Situation budgétaire</b> à l'équilibre.</p> <p><b>EPP « Pose et gestion du CVP »</b> (à partir de la méthodologie d'audit du GREPHH)</p>



	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5
<b>Objectifs de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantifier le nombre de veinites signalées par les IDE et les médecins au sein des services ;</li> <li>- Analyser les causes de ces veinites et les limites aux signalements ;</li> <li>- Mettre en évidence les moyens de diminuer le risque infectieux sur CVP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques et faire en sorte qu'il y ait une réelle appropriation du protocole ;</li> <li>- Tester un support de surveillance (<i>Check List</i>) ;</li> <li>- Uniformiser les supports de surveillance au sein de l'établissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques ;</li> <li>- Les amener à s'approprier le protocole.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Démarche curative : réduire les AES par recours à des dispositifs sécurisés (CVP sécurisés, fixation des collecteurs de déchets sur les chariots de soins).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques ;</li> <li>- Améliorer la traçabilité de la surveillance quotidienne et du retrait du CVP;</li> <li>- Mesurer l'efficacité et la pertinence de l'utilisation de nouveaux pansements de cathéter.</li> </ul>
<b>Freins et Leviers à l'avancement des actions qualité GDR</b>	<i>Les professionnels interrogés ont identifié 31 freins et 32 leviers à l'avancement des projets et actions qualité / gestion des risques au sein de l'établissement.</i>	<i>Les professionnels interrogés ont identifié 42 freins et 36 leviers à l'avancement des projets et actions qualité / gestion des risques au sein de l'établissement.</i>	<i>Les professionnels interrogés ont identifié 33 freins et 35 leviers à l'avancement des projets et actions qualité / gestion des risques au sein de l'établissement.</i>	<i>Les professionnels interrogés ont identifié 18 freins et 43 leviers à l'avancement des projets et actions qualité / gestion des risques au sein de l'établissement.</i>	<i>Les professionnels interrogés ont identifié 29 freins et 30 leviers à l'avancement des projets et actions qualité / gestion des risques au sein de l'établissement.</i>

Principaux facteurs	<b>Freins :</b>	<b>Freins :</b>	<b>Freins :</b>	<b>Freins :</b>	<b>Freins :</b>
	<p><b>Soutien institutionnel</b></p> <p><u>Effets indirects de la gestion des RH :</u></p> <p>Politique de flexibilité, personnel intérimaire, turn over et instabilité des équipes / Personnel en nombre insuffisant et charge de travail / Le travail en 12 h et difficulté de suivi des projets ;</p> <p><u>Ressources dédiées à la qualité insuffisantes :</u></p> <p>Manque de personnes détachées à la qualité et à l'hygiène (pas de médecin hygiéniste, mise en place difficile des correspondants qualité etc.) / Participation sur le temps personnel ;</p> <p><u>Promotion de la démarche qualité inadaptée :</u></p> <p>Eloignement du terrain et discours trop théorique /</p>	<p><b>Soutien institutionnel</b></p> <p><u>Effets indirects de la gestion des ressources humaines et de la situation financière :</u></p> <p>Personnel médical en nombre insuffisant et surcharge de travail / Politique de flexibilité, personnel intérimaire, turn over et instabilité des équipes / Absentéisme.</p> <p><u>Promotion de la démarche qualité inadaptée :</u></p> <p>Des positions trop dogmatiques et pas assez porteuses de sens / Eloignement du terrain / Manque de sensibilisation du personnel à la GDR / Difficulté de positionnement du PCME vis-à-vis de ses collègues.</p> <p><b>Conduite d'actions qualité et GDR</b></p>	<p><b>Conduite d'actions qualité et GDR</b></p> <p><u>Défaut ou inadaptation de la communication :</u></p> <p>Circulation massive des informations / Manque de retour d'informations sur les projets mis en œuvre (structuration et résultats) / Difficulté à organiser des réunions et des temps d'échanges / Manque d'ergonomie des outils d'information / Cloisonnement des responsabilités et information découpée et pas coordonnée.</p> <p><b>Soutien institutionnel</b></p> <p><u>Effets indirects de la gestion des RH :</u></p> <p>Personnel médical en nombre insuffisant et charge de travail / Politique de flexibilité,</p>	<p><b>Conduite d'actions qualité et GDR</b></p> <p><u>Défaut ou inadaptation de la communication :</u></p> <p>Manque de retour d'informations sur les projets mis en œuvre (structuration et résultats) ;</p> <p><u>Lourdeur et complexité des procédures.</u></p> <p><b>Caractéristiques psychosociales</b></p> <p><u>Faible motivation personnelle à s'impliquer :</u></p> <p>En lien avec le statut notamment (personnel intérimaire)</p> <p><u>Résistance au changement :</u> En lien</p>	<p><b>Soutien institutionnel</b> <u>Effets indirects de la gestion des RH et de la situation financière:</u></p> <p>personnel en nombre insuffisant et charge de travail importante / Politique de flexibilité, personnel intérimaire, turn over et instabilité des équipes ;</p> <p><u>Ressources dédiées à la qualité insuffisantes :</u></p> <p>Participation sur le temps personnel / Manque de personnes détachées à la qualité et GDR) / Absence de politique d'incitation financière.</p> <p><b>Caractéristiques psychosociales</b></p> <p><u>Résistance au changement en lien</u></p>

Présence insuffisante des hygiénistes sur le terrain / Manque d'implication du président de la CME.	<u>Lourdeur et complexité des procédures</u> ; <u>Défaut de communication autour des projets</u> :	personnel intérimaire, turn over et instabilité des équipes / Cumul de la charge de travail des cadres / Non remplacement des cadres absents / Cumul des casquettes Direction des soins et CGDR.	avec la socialisation et ancienneté professionnelle.	<u>avec la socialisation et l'ancienneté professionnelle</u>
<b>Conduite d'actions qualité et GDR</b>			<b>Soutien institutionnel</b>	<b>Conduite d'actions qualité et GDR</b>
<u>Défaut de communication autour des projets</u> :	Manque de retour d'informations sur les projets (structuration et résultats) / Objectifs et méthodologies des démarches peu compréhensives / Difficulté à informer tout le monde / Sentiment d'être noyé dans l'information.	<b>Caractéristiques psychosociales</b>	<u>Effets indirects de la gestion des RH</u> :	<u>Défaut ou inadaptation de la communication</u> :
Retours d'informations sur les projets mis en oeuvre (en amont et in fine).		<u>Résistance au changement en lien avec la socialisation et ancienneté professionnelle</u> ;	Personnel en nombre insuffisant et charge de travail / Politique de flexibilité, personnel intérimaire, turn over et instabilité des équipes.	Manque de retour d'informations sur les projets mis en oeuvre (structuration et résultats) / Communication axée sur les résultats négatifs / Difficulté à organiser des réunions, des temps d'échanges ;
<u>Défaut d'élaboration de solutions (actions correctives)</u> ;	<b>Engagement professionnel</b>	<u>Crainte du jugement et de la sanction.</u>	<b>Engagement professionnel</b>	
<u>Lourdeur et complexité des procédures</u> ;	<u>Manque d'engagement du personnel médical</u> :	<b>Engagement professionnel</b> <u>Manque d'engagement du personnel médical</u> :	<u>Manque d'engagement du personnel médical</u> :	<u>Lourdeur et complexité des procédures.</u>
<b>Caractéristiques psychosociales</b>	Non concernés car geste paramédical / Perception du risque peu fréquent / Désintérêt ou activité non prioritaire ;	Manque de temps / CVP un geste paramédical / Statut libéral des médecins / Médecins actionnaires / Désintérêt	Manque de temps / Le CVP un geste paramédical / Statut libéral des médecins / Désintérêt ou activité non prioritaire / Bureaucratismation du	<b>Engagement professionnel</b>
<u>Résistance au changement en lien avec la socialisation et l'ancienneté professionnelle</u> ;	<u>Du personnel paramédical</u> :			<u>Manque d'engagement du</u>
<u>Faible motivation</u>	Essoufflement face aux			

<p><u>personnelle à s'impliquer ;</u> <u> Crainte du jugement et de la sanction.</u></p>	<p>activités supplémentaires / Focus sur le cœur du métier en lien avec la charge de travail / Non reconnaissance de l'intérêt et utilité de l'action ;</p>	<p>ou activité non prioritaire / Refus de l'évaluation.</p>	<p>soin et lourdeur administrative.</p>	<p><u>personnel médical :</u> Le CVP un geste paramédical / Statut libéral des médecins / Manque de temps / Désintérêt ou activité non prioritaire.</p>
<p><b>Engagement professionnel</b></p>	<p><b>Aspects structurels de l'établissement</b></p>			<p><b>Relations inter-professionnelles</b>  <u>Soutien hétérogène pour les projets</u></p>
<p><u>Manque d'engagement du personnel médical :</u>  Manque de temps / Désintérêt ou activité non prioritaire / Absence de soutien d'un médecin hygiéniste ;</p>	<p><u>Contexte général hospitalier (restrictions budgétaires etc.) et démotivation du personnel ;</u></p>			
<p><b>Relations interprofessionnelles</b></p>	<p><u>En lien avec la taille de l'établissement: grand CH ;</u></p>			
<p><u>Conflits dans l'équipe (entre médecins, entre médecins et cadres) ;</u></p>	<p><u>Réorganisation de l'établissement en pôles.</u></p>			
<p><u>Manque de soutien des cadres ;</u></p>				
<p><b>Aspects structurels de l'établissement</b></p>				
<p><u>Contexte général défavorable &amp; démotivation du personnel</u></p>				

(travail en 12 h, RTT, restriction budgétaire) ;

Réorganisation de l'établissement en pôles.

**Leviers :**

**Soutien institutionnel**

Promotion de la démarche qualité :

Diffusion dans les services par des personnes relais (référents hygiènes, présence des hygiénistes dans les services) / Pédagogie du discours: pragmatique versus bureaucratique / Information régulière / Engagement de la CME ;

Formation du personnel soignant et éducation à la démarche qualité.

**Conduite d'actions qualité et GDR**

Communication autour

**Leviers :**

**Conduite d'actions qualité et GDR**

Communication autour des actions :

Temps de réunion (réunion d'encadrement, réunion au niveau du pôle) / Simplicité et ergonomie de l'information / Expliquer l'intérêt et la finalité des actions / Des relais de l'information sur le terrain (correspondants hygiènes) / Retour d'information sur les résultats et l'efficacité des actions / Information descendante (plan d'action) pour meilleure planification dans les services.

Utilité et efficacité des

**Leviers :**

**Soutien institutionnel**

Ressources dédiées ;

Formation du personnel soignant et éducation à la démarche qualité ;

Engagement de la direction :

Leadership DSI / Implication du directeur qualité / Suivi des actions / Une direction plus porteuse de la démarche ;

Promotion de la démarche qualité :

Diffusion dans les services par des personnes relais (présence des hygiéniste dans les services) /

**Leviers :**

**Conduite d'actions qualité et GDR**

Communication autour des actions :

Des relais d'informations sur le terrain (chef de service, IDE responsables, Coordonnateur de la GDR, etc.) / Retour d'information sur les résultats et l'efficacité des actions / Expliquer l'intérêt et la finalité des actions / Communication orale informelle / Axer la présentation des actions sur la finalité d'amélioration et de résolution des

**Leviers :**

**Soutien institutionnel**

Ressources dédiées (temps et personnes détachées) / Formation du personnel soignant et éducation à la démarche qualité / Leadership DSI

**Conduite d'actions de qualité et GDR**

Ergonomie des outils ;

Communication autour des actions :

Expliquer l'intérêt et la finalité des actions / Information plus régulière des équipes / Retour d'information par voie écrite.

	<p><u>des actions</u> :</p> <p>Temps de réunion / Améliorer l'information par différents moyens médiatiques / Référents hygiène, relais d'information charismatiques / Expliquer l'intérêt et la finalité des actions ;</p> <p><u>Utilité et efficacité des actions.</u></p> <p><b>Relations interprofessionnelles :</b> <u>Collégialité, collaboration et décloisonnement des échanges :</u></p> <p>Travail et dynamique d'équipe / Climat de confiance / Cohésion des médecins ;</p> <p><u>Leadership des cadres.</u></p>	<p><u>actions.</u></p> <p><b>Soutien institutionnel</b></p> <p><u>Engagement de la direction :</u></p> <p>Collaboration direction des soins et direction qualité / Meilleure coordination des démarches / Engagement à la réponse non punitive si erreur non fautive ;</p> <p><u>Cellule qualité et GDR :</u></p> <p>Système d'information au service de la qualité / Culture qualité / Implication du personnel dans la cellule qualité (correspondants hygiène) / Management de la qualité / Approche stratégique des problèmes / Présence sur le terrain du CGDR pour favoriser les échanges.</p> <p><u>Promotion de la démarche qualité :</u></p> <p>Pédagogie du discours</p>	<p>Pédagogie du discours: pragmatique versus bureaucratique / Maintenir une dynamique d'actions de GDR.</p> <p><b>Conduite d'actions de qualité et GDR</b></p> <p><u>Communication autour des actions :</u></p> <p>Expliquer l'intérêt et la finalité des actions / Communication orale informelle / Axer la présentation des actions sur la finalité d'amélioration et de résolution des problèmes / Améliorer l'information par différents moyens médiatiques / Temps de réunion / Information plus régulière des équipes.</p> <p><b>Relations interprofessionnelles</b></p> <p><u>Leadership des cadres :</u></p>	<p>problèmes / Retour d'information par voie écrite (intranet, comptes rendus de réunions etc.).</p> <p><b>Soutien institutionnel</b> <u>Cellule qualité et GDR :</u></p> <p>Soutien des initiatives qualité locales / Implication du personnel dans la cellule (référents GDR) / Leadership CDGR / Implication des cadres et coopération / Culture qualité.</p> <p><b>Engagement professionnel</b></p> <p><u>Du personnel paramédical :</u></p> <p>Perception du risque importante (AES) / Volonté de délivrer des soins de qualité / CVP comme acte courant du métier</p>	<p><b>Relations interprofessionnelles</b> <u>Collégialité, collaboration et décloisonnement des échanges :</u></p> <p>Travail et dynamique d'équipe / Climat de confiance / Partage d'objectifs communs ;</p> <p><u>Leadership des cadres et des référents qualité.</u></p> <p><b>Caractéristiques psychosociales</b></p> <p><u>Motivation personnelle à s'impliquer.</u></p> <p><b>Engagement professionnel</b></p> <p><u>Des médecins :</u></p> <p>Adhésion et compréhension de la démarche qualité / Implication par le biais</p>
--	---	--	--	---	--

pragmatique versus  
bureaucratique / Maintenir  
une dynamique d'actions  
de GDR

### **Engagement professionnel**

Du personnel  
paramédical :

Volonté de délivrer des  
soins de qualité / CVP  
comme acte courant du  
métier d'infirmier /  
Perception du risque  
importante.

Soutien social et  
transmission  
interprofessionnelle

### **Engagement professionnel**

Du personnel  
paramédical :

Reconnaissance de  
l'efficacité des actions /  
Volonté de délivrer des  
soins de qualité.

### **Réglementations**

Effets dynamiques des  
réglementations et  
évaluations externes  
(dont certification).

### **Caractéristiques psychosociales**

Motivation personnelle à  
s'impliquer.

infirmier.

### **Caractéristiques psychosociales**

Motivation  
personnelle à  
s'impliquer

### **Relations interprofessionnelles**

Leadership des  
cadres

### **Réglementations**

Effets dynamiques  
des réglementations  
et évaluations  
externes (dont  
certification)

de la CME.

Du personnel  
paramédical

### **Les aspects structurels de l'établissement**

Taille (petits  
effectifs) :

Meilleure circulation  
de l'information /  
Organisation des  
réunions facilitée /  
Polyvalence et  
participation à  
l'ensemble des projets  
/ Proximité du  
personnel / Réactivité  
des réponses aux  
exigences externes et  
internes.



	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5
<b>Commentaires en lien avec les facteurs</b>	Aucun levier perçu en lien avec les <b>aspects structurels de l'établissement</b>	Aucun levier perçu en lien avec les <b>aspects structurels de l'établissement</b>	Aucun frein perçu en lien avec la <b>réglementation</b>	Aucun frein perçu en lien avec les <b>relations inter-professionnelles</b>	
<b>Facteurs induits</b>	<p><b>L'acceptabilité du risque infectieux sur CVP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut limiter le bon déploiement des actions, du fait d'une banalisation et d'une perception d'une faible fréquence et gravité du risque en comparaison à d'autres soins.</li> <li>- L'acceptabilité et la banalisation du risque ne génère pas forcément un manque d'implication ;</li> <li>- Le risque est jugé inacceptable et il est important de le réduire par des actions de gestion des risques, notamment lorsqu'il est évitable.</li> </ul>	<p><b>L'acceptabilité du risque infectieux sur CVP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N'est pas une limite au bon déploiement des actions. En effet, les professionnels ont conscience du risque et témoignent d'une volonté de participer à le réduire (leur vigilance n'est pas réduite).</li> <li>- Ne limite pas l'engagement dans des actions, à condition d'avoir des outils adaptés ;</li> <li>- Peut limiter l'implication des professionnels dans les actions liées à ce risque, du fait de la banalisation de l'acte de soin et des infections bénignes.</li> </ul>	<p><b>L'acceptabilité du risque infectieux sur CVP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut limiter le bon déploiement des actions, du fait d'une banalisation et d'une perception d'une faible fréquence et gravité du risque en comparaison à d'autres soins.</li> <li>- Le fait d'accepter le risque et de le banaliser ne génère pas nécessairement un manque d'implication car il s'agit d'un geste quotidien pour lequel il convient justement de rester vigilant.</li> </ul>	<p><b>L'acceptabilité du risque infectieux sur CVP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut limiter le bon déploiement des actions, du fait d'une banalisation.</li> <li>- L'acceptabilité et la banalisation du risque ne génère pas un manque d'implication ;</li> <li>- Accepter le risque ne veut pas dire le banaliser. Les équipes peuvent accepter l'erreur mais souhaitent mieux analyser leurs causes pour s'améliorer.</li> <li>- Le risque est jugé inacceptable et potentiellement</li> </ul>	<p><b>L'acceptabilité du risque infectieux sur CVP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peut limiter l'implication des professionnels à s'engager dans des actions et à modifier leurs pratiques, du fait d'une banalisation et d'une perception d'une faible fréquence et gravité du risque en comparaison à d'autres soins.</li> <li>- Le fait d'accepter ce risque et de le banaliser ne génère pas nécessairement un manque d'implication car il s'agit d'un geste quotidien pour lequel</li> </ul>



					grave ; il est important de le réduire par des actions de gestion des risques.	il faut justement rester attentif.
E.1	E.2	E.3	E.4	E.5		
<p><b>La culture de sécurité comme levier :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en œuvre d'actions crée et entretient la culture de sécurité</li> <li>- L'impact de la culture de sécurité apparaît aussi comme une évidence</li> <li>- Elle facilite l'avancement des actions de GDR à condition qu'elle soit partagée par tous.</li> </ul>	<p><b>La culture de sécurité comme levier :</b></p> <p>La majorité des personnes interviewées ne s'est pas prononcée directement sur l'impact de la culture de sécurité sur l'avancement des actions, bien qu'un grand nombre de dimensions définissant cette notion se retrouve au sein des leviers évoqués lors des entretiens.</p>	<p><b>La culture de sécurité comme levier :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si elle est ancrée dans l'établissement et entretenue.</li> </ul> <p>La majorité des personnes interviewées ne s'est pas prononcée directement sur l'impact de la culture de sécurité sur l'avancement des actions, bien qu'un grand nombre de dimensions définissant cette notion se retrouve au sein des leviers évoqués lors des entretiens.</p>	<p><b>La culture de sécurité comme levier :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un levier évident à la mise en œuvre et à l'avancement des actions ;</li> <li>- Elle facilite l'avancement des actions si elle est intégrée à l'organisation existante et si elle reflète des problématiques de terrain.</li> <li>- Elle est le préalable même à la mise en œuvre des actions.</li> </ul>	<p><b>La culture de sécurité comme levier :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un levier évident à la mise en œuvre et à l'avancement des actions ;</li> <li>- Elle facilite l'avancement des actions si elle est ancrée et diffusée dans les services en vue d'une meilleure acceptabilité par les professionnels.</li> </ul> <p><b>La culture de sécurité comme un frein :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une prééminence du « faire normé » et de la protocolisation sur la réflexion par rapport à la pratique.</li> </ul>		

Résultats des observations	<b><u>Pratiques observées non conformes aux bonnes pratiques, sur les deux services :</u></b>				
	8,6 % des pratiques de traçabilité dans les dossiers patients	25,5 % des pratiques de traçabilité dans les dossiers patients	<b>29,7 %</b> des pratiques de traçabilité dans les dossiers patients	1,4 % des pratiques de traçabilité dans les dossiers patients	13,2 % des pratiques de traçabilité dans les dossiers patients
37,5 % des pratiques avant la pose	<b>50 %</b> des pratiques avant la pose	<b>85,7 %</b> des pratiques avant la pose	<b>53,8 %</b> des pratiques observées avant la pose	<b>81,2 %</b> des observations de préalables à la pose	
17,2 % des pratiques de pose	<b>24,5 %</b> des pratiques de pose	5,3 % des pratiques de pose	4,8 % des pratiques de poses	<b>26,6 %</b> des observations de pose	
13,8 % des pratiques de manipulation	7,7 % des pratiques de manipulation	<b>17,2 %</b> des pratiques de manipulation	L'ensemble des pratiques de manipulation observées était conforme aux recommandations.	4,8 % des pratiques de manipulation	

	E.2	E.3	E.4	E.5	E.1
<p>Conduite d'action et avancement</p> <p>Calendrier, formalisation, suivi et avancement</p>	<p>La fréquence des écarts variait de 11,7 % en médecine interne à 16,6 % en neurologie.</p>	<p>La fréquence des écarts variait de 25,4 % en infectiologie à 27,9 % en gériatrie.</p>	<p>La fréquence des écarts variait de 21,2 % en USC à 26,9 % en médecine polyvalente.</p>	<p>La fréquence des écarts variait de 7,6 % en Chirurgie C à 7,9 % en Chirurgie D.</p>	<p>La fréquence des écarts variait de 20,3 % en médecine polyvalente à 25 % en cardiologie.</p> <p><i>(seules 4 visites sur 8 ont pu être réalisées en cardiologie)</i></p>
	<p><b>Défaut de pilotage de l'action</b> : pas de formalisation en amont de la structuration de la démarche (défaut de consensus sur les objectifs précis de l'action, d'élaboration d'un calendrier prévisionnel).</p>	<p><b>Manque de concertation</b> et de clarté de la signification accordée aux objectifs de l'action (quelle définition de l'appropriation des protocoles ?)</p>	<p><b>Manque de clarté et de formalisation</b> en amont de la structuration de la démarche (défaut d'élaboration d'un calendrier prévisionnel détaillé) et du déroulement de l'action.</p>	<p>Formalisation claire de l'action.</p>	<p><b>Manque de clarté et de formalisation</b> en amont de la structuration de la démarche (défaut de consensus sur les objectifs de l'action, d'élaboration d'un calendrier prévisionnel) et du déroulement de l'action. Notamment manque de temps dédié.</p>
	<p><b>Défaut de suivi régulier</b> de la mise en œuvre de l'action et d'évaluation de l'efficacité de l'action (des résultats).</p>	<p><b>Défaut de suivi régulier</b> de la mise en œuvre de l'action.</p>	<p>Suivi régulier de l'action.</p>	<p>Suivi régulier de l'action.</p>	<p><b>Défaut de suivi régulier</b> de la mise en œuvre de l'action et d'évaluation de l'efficacité de l'action</p>

<p><b>Défaut de communication, d'information</b> auprès des unités de soins.</p>	<p><b>Bonne information</b> auprès du personnel soignant</p>	<p><b>Défaut de communication</b> et d'appropriation de l'action par les différentes instances et porteurs de la démarche (objectifs de l'action non connus de tous);</p> <p><b>Absence de la responsable</b> initiale de l'action et délégation approximative.</p>	<p><b>Bonne information</b> auprès du personnel soignant et démarche participative par rapport aux actions correctives (test des CVP sécurisés)</p> <p><b>Absence du pharmacien responsable</b> de l'action.</p>	
<p><b>E.2</b></p>	<p><b>E.3</b></p>	<p><b>E.4</b></p>	<p><b>E.5</b></p>	<p><b>E.1</b></p>

<p><b>Etat d'avancement :</b> impossible à mesure car absence de planification de l'action, absence d'objectifs quantifiés de prévention et absence de signalements.</p>	<p><b>Etat d'avancement :</b> retard d'environ 3 mois dans le déroulement de l'action.</p>	<p><b>Etat d'avancement :</b> retard d'environ 3 mois dans le déroulement de l'action.</p>	<p><b>Etat d'avancement :</b> Retard d'environ 2 mois par rapport au calendrier initial.</p>	<p><b>Etat d'avancement :</b> Le calendrier (réalisé à notre demande) fait état de 3 à 4 mois de décalage. Par ailleurs, les actions d'amélioration n'ont pas été planifiées dans le calendrier initial.</p>
--	--	--	--	--

**Justifications du retard par les membres du groupe de travail sur l'action**

Les aléas de l'actualité hospitalière (charge de travail et la multiplication des projets) ; l'inadaptation de la communication autour de l'action (qui engendre par exemple des retours différés de la part des professionnels prévenus tardivement) ; l'échéancier de travail relativement court, le travail chronophage lié aux relectures des documents ; le départ de la DSI.

**Justifications du retard par les membres du groupe de travail sur l'action**

L'organisation « au fil de l'eau » (manque de formalisation d'un calendrier) en fonction des temps informels et des autres activités ; les ressources humaines insuffisantes ; l'absence de la responsable de l'action ; l'absence des deux cadres de proximité durant une longue période ; l'existence d'autres priorités, notamment en lien avec la gestion des ressources humaines et des plannings (répercussion de l'absence des cadres de proximité).

**Justifications du retard par les membres du groupe de travail sur l'action**

Les délais des fournisseurs de matériels sécurisés ; l'exigence des médecins anesthésistes chargés du test des différents matériels ; les résistances aux changements de matériel ; le temps consacré à la certification ; l'absence temporaire du pharmacien porteur du projet.

**Justifications du retard par les membres du groupe de travail sur l'action**

L'organisation « au fil de l'eau » (manque de formalisation d'un calendrier) en fonction des temps informels et des autres activités ; le manque de temps dédié à la qualité/GDR ; la fermeture du service de cardiologie.

Ce qui suit restitue un exemple de résultats détaillés d'un établissement. Ces résultats présentent des éléments liés : au contexte de l'établissement et au management de la GDR / qualité ; à la mise en œuvre de l'action et son état d'avancement ; à l'identification des principaux freins et leviers à l'avancement des actions perçus par les acteurs interviewés et des éléments répondant aux deux hypothèses formulées dans ce projet concernant l'acceptabilité du risque infectieux et la culture de sécurité et, enfin, à l'analyse des écarts aux bonnes pratiques de poses et de manipulations du CVP dans les services.

## **2. RESULTATS POUR L'ETABLISSEMENT N°1**

### **Eléments du contexte général**

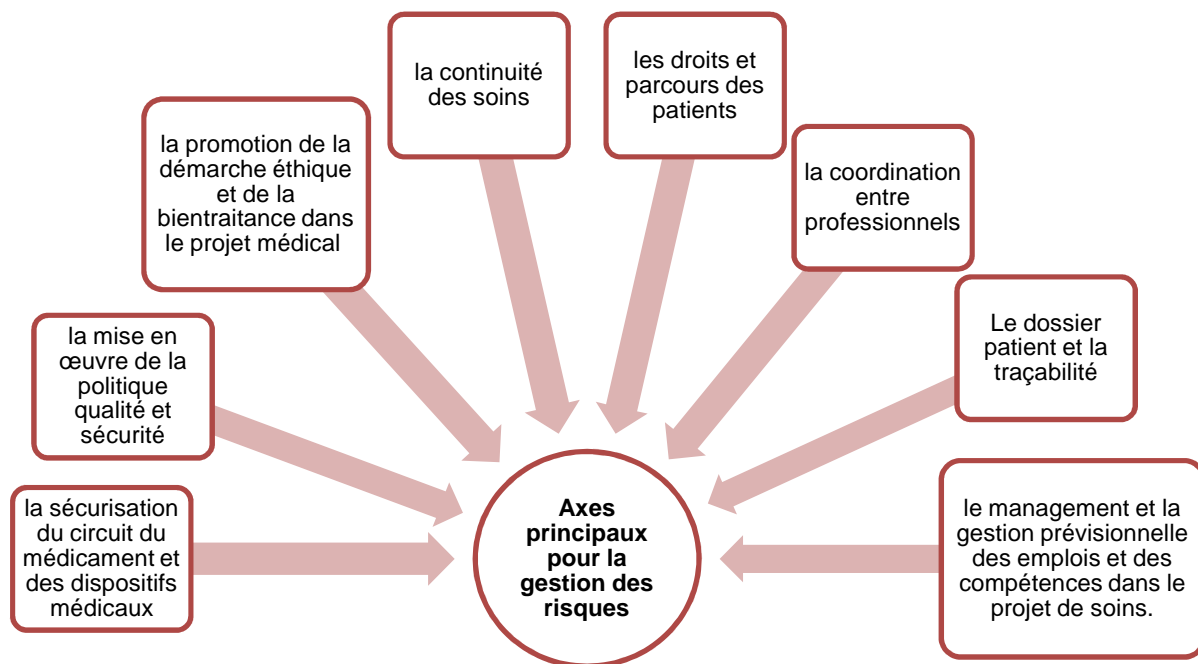
L'établissement 1 est un Centre Hospitalier de grande taille avec 369 lits en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et 34 places en hospitalisation de jour. Sa situation budgétaire est déficitaire<sup>5</sup>. La dernière certification, conduite en avril 2013, a fait l'objet d'une réserve majeure sur la prise en charge médicamenteuse du patient en court séjour et de plusieurs réserves et recommandations en lien avec la GDR. Les réserves concernaient l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, la prise en charge de la douleur (en santé mentale) et l'endoscopie et l'organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur. Les recommandations s'appliquaient à la politique et l'organisation de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, au développement d'une culture qualité et sécurité, au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, à la gestion des événements indésirables, à la gestion du dossier patient, à l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et au management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Enfin, une recommandation concernait l'éducation thérapeutique du patient en santé mentale.

### **Organisation de la GDR/ qualité**

La politique de GDR figurait clairement dans la politique de l'établissement à travers le projet médical et le projet de soins.

---

<sup>5</sup> L'établissement est d'ailleurs engagé depuis 2013 dans un plan de retour à l'équilibre.



**Schéma 2.** Axes principaux du programme de gestion des risques

En outre, un programme de gestion des risques et de la qualité existait au sein de l'établissement et la maîtrise des risques infectieux est intégrée dans la mise en œuvre de la démarche qualité. La lutte contre les infections nosocomiales était d'ailleurs un des objectifs principaux de la sous-commission qualité/sécurité/iatrogénie (QSI). L'établissement a formalisé un processus de GDR qui s'appuie sur la méthode PDCA : Prévoir, Mettre en œuvre, Contrôler et Ajuster.

L'établissement disposait de plusieurs structures spécifiques dédiées à la qualité/gestion des risques. Au niveau opérationnel, il y avait la Coordinatrice de la gestion des risques (également responsable de la prise en charge médicamenteuse et des EPP) ainsi que l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière. Certains acteurs institutionnels avaient exprimé une volonté de mettre en place des correspondants qualité/sécurité au sein des services ou des pôles pour une meilleure diffusion des informations relatives à ces démarches.

Les principales formations concernant la gestion des risques s'articulaient autour de la sécurité incendie, la gestion des soins d'urgence, les droits des patients et la bienveillance. De plus, l'établissement affichait clairement sa volonté de développer l'implication médicale en même temps que la montée en charge de l'accréditation des médecins.

Un système d'information pour la gestion des risques avait été mis en place à travers la base documentaire informatisée (Intranet, Blue Medi Santé) de l'établissement. La diffusion des différents documents pour la gestion des risques n'était pas formalisée, elle s'effectuait principalement par intranet ou par le journal interne.

## L'action de GDR mise en œuvre et son état d'avancement

**Tableau 2.** Etat d'avancement de l'action de l'établissement n°1

<p><b>Rappel de l'action et de ses objectifs</b></p>	<p><b>Signalement des veinites.</b> Les signalements devaient être réalisés par les IDE et les médecins, puis adressés à l'EOHH.</p> <p><b>Objectifs :</b> Quantifier le nombre de veinites signalées par les IDE et les médecins au sein des services ; Analyser les causes de ces veinites et les limites aux signalements ; Mettre en évidence les moyens de diminuer le risque infectieux sur CVP.</p>
<p><b>Conduite d'action et état d'avancement</b></p>	<p><b>Défaut de pilotage de l'action :</b> pas de formalisation en amont de la structuration de la démarche (défaut de consensus sur les objectifs précis de l'action, d'élaboration d'un calendrier prévisionnel) ;</p> <p><b>Défaut de suivi régulier</b> de la mise en œuvre de l'action et d'évaluation de l'efficacité de l'action (des résultats) ;</p> <p><b>Défaut de communication, d'information</b> auprès des unités de soins.</p> <p>⇒ <b>Impossibilité de mesurer un état d'avancement</b> de l'action en l'absence de planification de l'action, absence d'objectifs quantifiés de prévention et absence de signalements.</p>

## Les freins et leviers identifiés par les acteurs interviewés

Des entretiens individuels semi-directifs (d'une durée moyenne de 60 minutes) réalisés auprès de 14 professionnels de l'établissement (5 institutionnels, 3 médicaux et 6 paramédicaux) ont permis de recueillir les perceptions des acteurs interviewés concernant les facteurs freinant ou favorisant l'avancement des actions de gestion des risques, et plus largement la démarche qualité au sein de l'établissement et dans les services.



Une analyse thématique des entretiens réalisés, a mis en évidence au total 63 facteurs (32 freins et 31 leviers) identifiés par les professionnels interviewés.

Les principaux facteurs freinants font référence au soutien institutionnel, à la conduite d'actions qualité/GDR à des caractéristiques psychosociales et aux relations interprofessionnelles. Le manque de soutien institutionnel se traduit notamment par les effets indirects de la gestion des ressources humaines [turn over, instabilité des équipes, personnel insuffisant, charge de travail], l'insuffisance des ressources humaines dédiées à la qualité et une promotion inadaptée de la démarche qualité. Les facteurs freinants liés à la conduite d'actions comprenaient l'inadaptation de la communication autour de la conduite des projets et actions qualité/GDR [manque de retours d'informations sur les projets notamment] et le défaut d'élaboration d'actions correctives ainsi que la lourdeur et la complexité des procédures liés aux actions. Les facteurs concernant des caractéristiques psychosociales faisaient référence à la résistance au changement en lien avec la socialisation et l'ancienneté professionnelle, une faible motivation personnelle à s'impliquer ainsi que la crainte du jugement et de la sanction.

Les acteurs interviewés ont identifié plusieurs facteurs facilitateurs liés au soutien institutionnel, à la conduite d'action de qualité et GDR et aux relations interprofessionnelles. Ils ont exprimé un certain nombre de solutions potentielles aux difficultés rencontrées vis-à-vis de l'avancement des actions. Ils souhaiteraient un soutien institutionnel plus fort notamment pour une meilleure promotion de la démarche qualité/qui passerait par la diffusion d'informations dans les services par des personnes relais (référents hygiène, présence des hygiénistes dans les services), un discours plus pragmatique et moins « bureaucratique ». Par ailleurs, la formation du personnel soignant et l'éducation à la démarche qualité était jusqu'à présent d'importants leviers grâce au soutien institutionnel. Pour la conduite d'action, les acteurs interviewés ont également proposé plusieurs solutions : la communication autour des actions devrait être améliorée en mettant en place des temps de réunions, en améliorant l'information par différents moyens médiatiques, en utilisant des relais d'information (tels que les référents en hygiène) et en expliquant l'intérêt et la finalité des actions. Enfin, pour les relations interprofessionnelles, la collégialité dans les services, la collaboration et le décloisonnement des échanges ainsi qu'un leadership des cadres pourraient aussi être des leviers à l'avancement des projets de GDR.

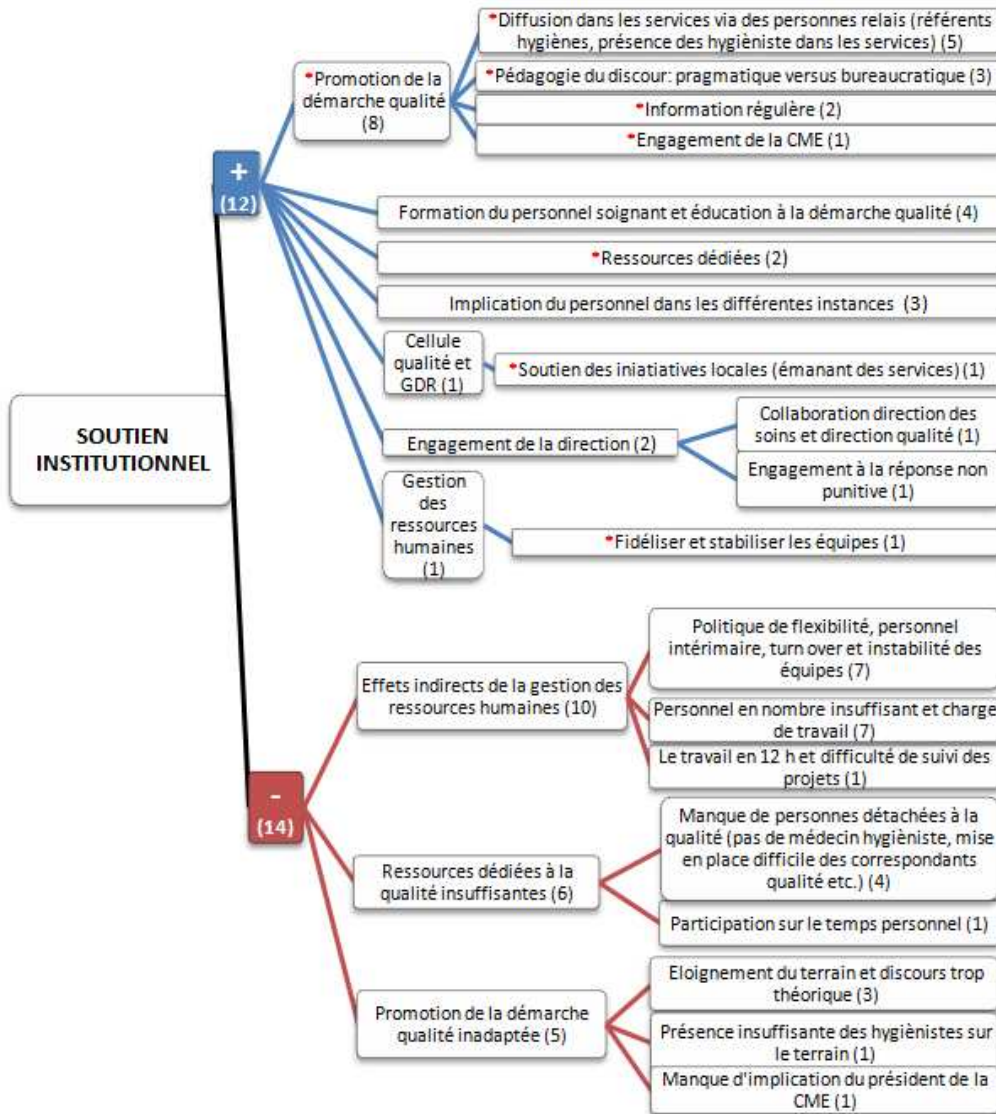
Les arborescences ci-après (Cf. figure 3) permettent d'avoir une vision globale de l'ensemble des facteurs identifiés par les acteurs.

## **L'acceptabilité du risque et la culture de sécurité : des facteurs induits**

Au cours des entretiens, il était également demandé aux professionnels d'une part si, le fait d'accepter le risque infectieux sur CVP et d'autre part, si un manque de culture de sécurité, pouvaient être des freins à la mise en œuvre et à l'avancement de l'action, à savoir le signalement des veinites. Ces facteurs n'ont pas été évoqués spontanément par les interviewés. Pour 4 interviewés, l'acceptabilité du risque, du fait d'une banalisation et de la perception d'une faible fréquence et gravité du risque en comparaison à d'autres soins, pouvait en effet limiter l'implication des professionnels à s'engager dans des actions et à modifier leurs pratiques. Cependant, 2 interviewés pensaient que le fait d'accepter ce risque et de le banaliser ne générait pas nécessairement un manque d'implication car il s'agit d'un geste quotidien pour lequel il faut justement rester attentif. Enfin, 5 interviewés ont souligné que ce risque était inacceptable et qu'il était important de le réduire avec des actions de gestion des risques, en particulier lorsqu'il était évitable.

Concernant la culture de sécurité, seulement 4 interviewés se sont prononcés sur son impact sur l'avancement des actions. Pour 2 interviewés, c'était la mise en œuvre d'actions qui créait et entretenait la culture de sécurité. En somme, l'avancement des actions et la culture de sécurité étaient indissociables. L'impact de la culture de sécurité apparaissait aussi comme une évidence pour un autre interviewé. Le dernier à s'être prononcé percevait ce facteur comme un facilitateur à condition que cette culture soit partagée par tous.

**Schéma 3.** Arborescence des freins et leviers perçus par les professionnels interviewés à l'avancement des actions de gestion des risques



**Légende de l'arborescence**

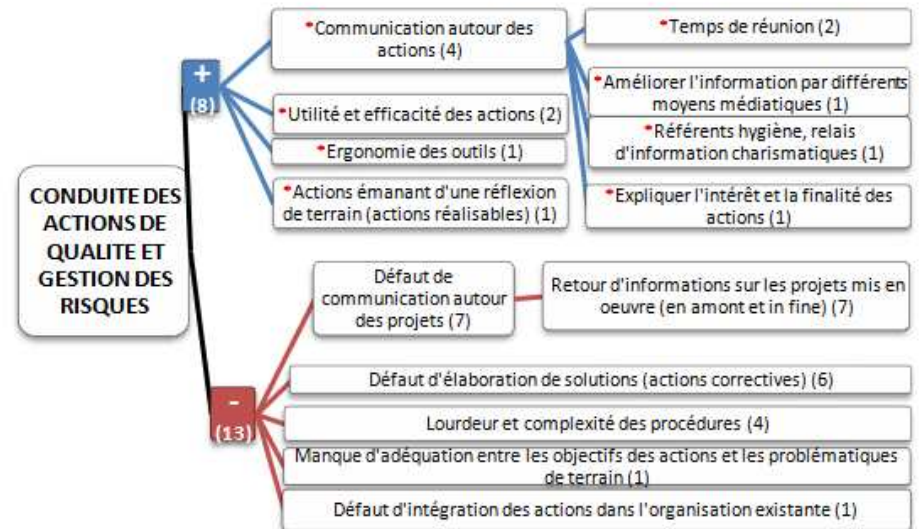
« - » : Facteurs freinants.

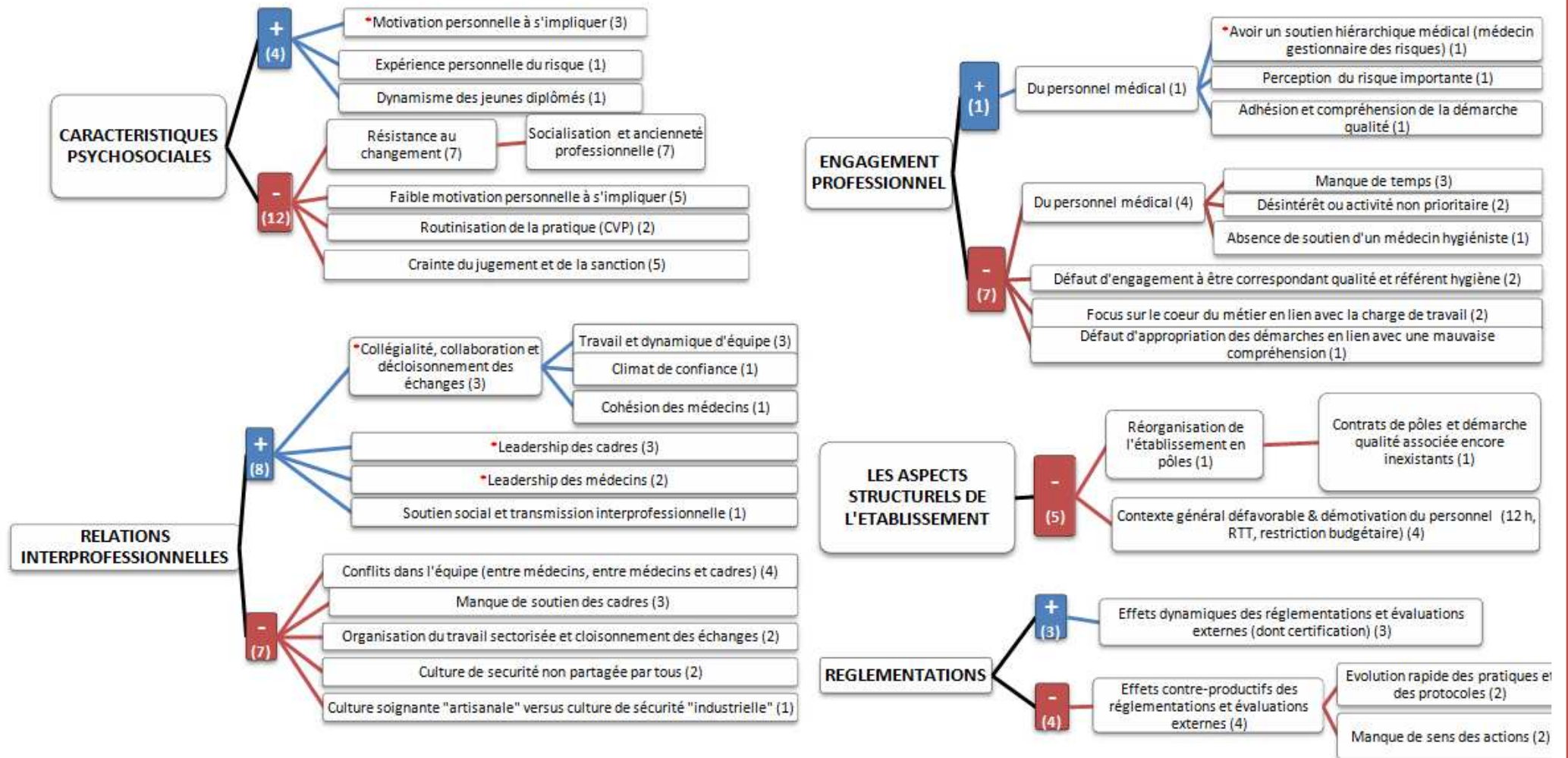
« + » : Facteurs facilitants.

+ (N) ou - (N) : nombre d'interviewés ayant cité chaque catégorie de freins ou de leviers.

Sous catégories de facteurs (N) : nombre d'interviewés dont le discours concernait ces sous-catégories. A noter que si deux facteurs (deux sous-catégories) étaient cités dans le même entretien, un seul interviewé était pris en compte pour la catégorie.

\* : Facteur perçu comme potentiellement facilitant dans l'établissement (solutions proposées par les professionnels au regard des freins cités).







## Etat des lieux des pratiques observées de poses et de manipulations du CVP

Les observations réalisées par l'équipe d'hygiène au sein des deux services ont permis de mettre en évidence des écarts aux bonnes pratiques.

**Tableau 3.** Fréquence des écarts par rapport aux bonnes pratiques

Pratiques observées	Médecine interne	Neurologie	Total
	<i>nb écarts/nb critères observés</i>		<i>nb écarts/nb critères observés (%)</i>
Traçabilité dans les dossiers patients	4/61	5/43	<b>9/104 (8,6 %)</b>
Pratiques avant la pose	2/6	4/10	<b>6/16 (37,5 %)</b>
Pratiques de pose	5/24	6/40	<b>11/64 (17,2 %)</b>
Pratiques de manipulation	4/37	4/21	<b>8/58 (13,8 %)</b>
<b>Total <i>nb écarts/ nb critères observés</i></b>	<b>15/128 (11,7 %)</b>	<b>19/114 (16,6 %)</b>	<b>34/242 (14 %)</b>

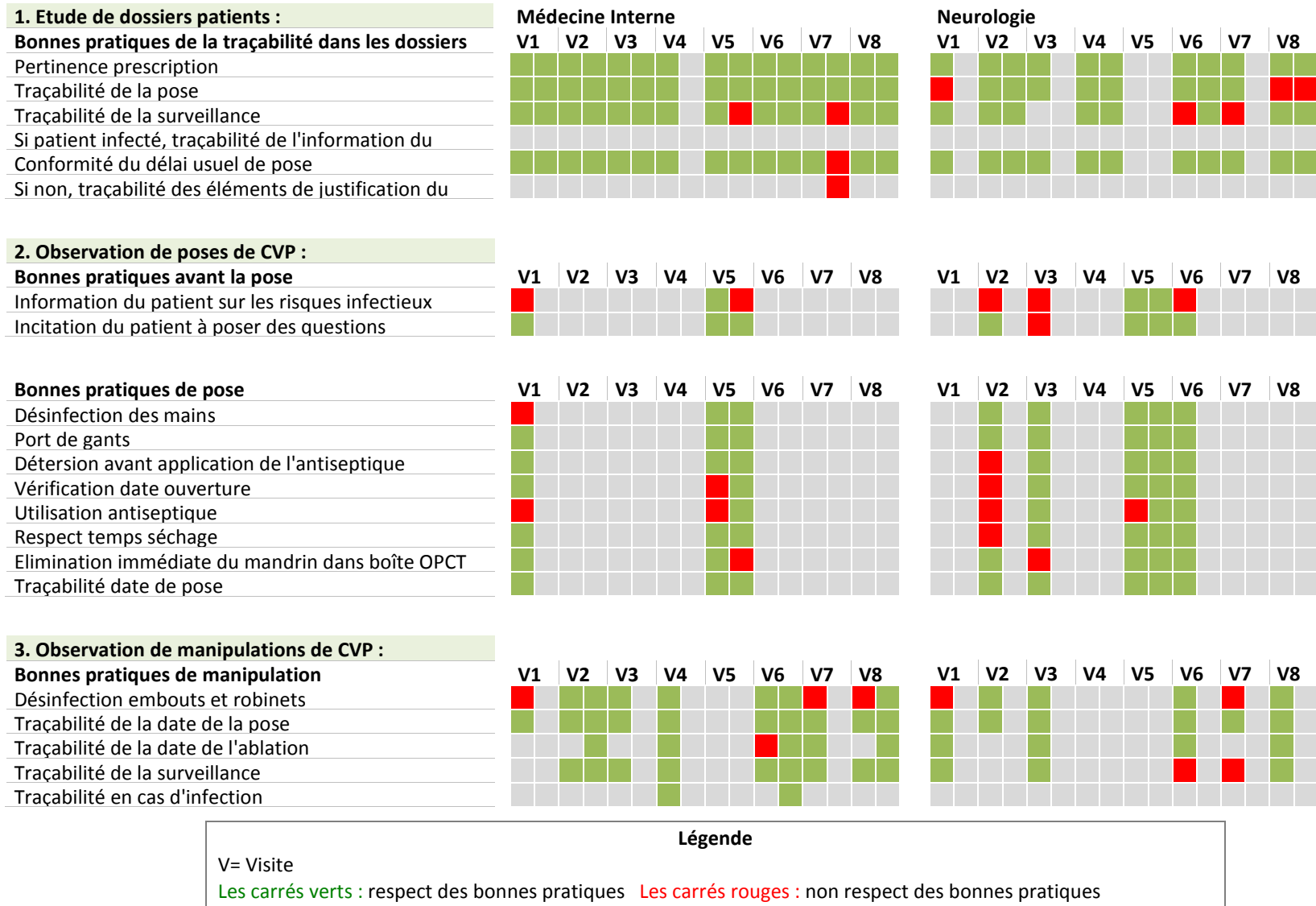
Au total, 14 % des pratiques observées comportaient un écart aux bonnes pratiques. Sur l'ensemble des deux services, 37,5 % des pratiques avant la pose et 17,2 % des pratiques de pose n'étaient pas conformes aux bonnes pratiques. La fréquence des écarts variait de 11,7 % en médecine interne à 16,6 % en neurologie.

### → Conformité aux bonnes pratiques :

Pour la traçabilité dans les dossiers : 2 dossiers patients sur 15 présentaient un écart aux bonnes pratiques en Médecine Interne, 5 sur 11 en Neurologie.

Pour la pose : Les observations (3 patients en Médecine Interne et 5 patients en Neurologie) ont montré qu'il n'y avait aucun écart aux bonnes pratiques de pose pour un seul patient (service de Neurologie). Pour les autres patients, la fréquence des écarts variait de 1 à 5 pour les 10 critères étudiés.

Pour la manipulation : Il y avait un écart aux bonnes pratiques pour 4 des 10 patients en Médecine Interne et 3 des 6 patients en Neurologie.



**Figure 1.** Résultats des observations concernant les bonnes pratiques de traçabilité, de pose et de manipulation du CVP

Les commentaires recueillis ont permis d'expliquer ou de développer certains résultats :

### → Contexte global

Dans le service de neurologie, deux professionnels observés ne savaient pas quel confrère endossait le rôle de référent en hygiène. Les commentaires ont aussi mis en évidence dans ce service une ambiance de travail agitée avec des interruptions de tâches fréquentes (familles, repas, téléphone etc.) pendant la préparation du chariot, la pose ou la manipulation d'un CVP.

### → Bonnes pratiques avant la pose

Commun aux deux services : On constate que le patient n'était pas toujours informé avant la pose du CVP sur les risques infectieux potentiels. En revanche, il était plus souvent incité à poser des questions sur le geste de soin ou à signaler des symptômes qui pourraient s'apparentaient à une infection : « Si cela gonfle, si cela saigne, appelez ».

### → Bonnes pratiques de pose

Commun aux deux services : Le défaut de connaissances des dernières recommandations et du protocole concernant l'utilisation de l'antiseptique alcoolique a été mis en évidence.

Médecine Interne : Le service n'utilisait pas de CVP sécurisés. Les IDE exprimaient leur insatisfaction face au matériel actuel et semblaient être en demande de matériel sécurisé.

Les observations n'ont pas permis de constater d'écarts de pratique quant au respect du temps de séchage. Néanmoins, si le séchage après les 4 temps a été respecté, deux IDE ont réalisé un 2<sup>nd</sup> passage d'antiseptique (juste avant de piquer) sans attendre le séchage.

Neurologie : Un commentaire expliquait l'élimination tardive du mandrin dans la boîte OPCT : l'élimination était différée car la priorité était accordée à un geste perçu comme plus urgent. Le mandrin était déposé dans un premier temps sur le papier des gants stériles sur le plateau en vue d'adapter rapidement le CVP à l'embout de la perfusion. Il était ensuite éliminé dans la boîte OPCT.

### → Bonnes pratiques de manipulation

Commun aux deux services : Les commentaires indiquaient une friction non systématique des mains à l'aide d'une SHA avant les manipulations de CVP. Certaines IDE avaient recours à un lavage simple des mains. D'autre part, la non utilisation d'une solution alcoolique pour la désinfection des embouts et des robinets a été mise en évidence dans 3 cas sur 10 en médecine interne et 2 cas sur 6 en neurologie. D'après un commentaire, la justification de cette pratique tiendrait à l'idée que la Bétadine alcoolique (utilisée dans ces

services) serait responsable de la détérioration du revêtement de la paillasse. Aussi, d'après une IDE, l'IFSI préconise la Bétadine dermique.

Médecine Interne: Deux commentaires soulignaient que l'emballage du CVP n'était pas stérile, ce qui conduisait les IDE à utiliser une compresse stérile pour la manipulation.

Au final, seuls 3 critères sur 21 étaient sans écart aux bonnes pratiques pour les deux services : **la traçabilité de la pertinence de la prescription, le port de gants<sup>6</sup>, la traçabilité de la date de pose** (observations des pratiques de pose et de manipulation). Au total dix critères étaient bien maîtrisés en Médecine Interne et sept en Neurologie.

---

<sup>6</sup> Les commentaires ont souligné à plusieurs reprises que les gants n'étaient pas stériles.



## **ANALYSE TRANSVERSALE DES RESULTATS DES CINQ ETABLISSEMENTS**

L'analyse transversale des résultats des 5 établissements ayant participé à l'étude a permis de répondre à notre questionnement initial.

La première partie de ce chapitre présente les divers états d'avancements des actions mises en œuvre, en s'intéressant plus spécifiquement aux perceptions des causes de leur retard (évoquées par les diverses parties prenantes) ainsi qu'aux éléments liés à la formalisation de la conduite de l'action et à l'organisation du travail liée à cette action. Sont ensuite décrites les perceptions liées à l'impact des actions sur les pratiques de soins associées.

La seconde partie de ce chapitre propose une vision transversale des freins et des leviers à l'avancement des actions de GDR identifiés par les acteurs interviewés, et le rôle de l'acceptabilité des risques et de la culture de sécurité comme facteurs contributifs possibles de l'état d'avancement de ces actions.

Au total, 71 personnes ont été rencontrées en entretiens individuels dans les 5 établissements : 26 acteurs institutionnels, 16 médecins et 29 IDE (dont 9 cadres de santé).

Pour respecter l'anonymat des personnes interviewées, seules la catégorie professionnelle ou la fonction exercée sont citées : IDE, Cadre de santé, Médecin, D.G. (Directeur Général), D.Q. (Directeur Qualité), IDE Hygiéniste, CGDR (Coordinateur de la Gestion des Risques), DSI (Directeur des Soins Infirmiers) et PCME (Président de la Commission ou Conférence médicale d'établissement). Les établissements sont désignés par la lettre E et numérotés de 1 à 5.

# 1. L'ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS MENEES DANS LES ETABLISSEMENTS

La conduite d'actions est un processus qui intègre notamment leur planification, leur suivi, l'évaluation de leur efficacité, et leur pilotage. L'état d'avancement d'une action a été déterminé d'une part à partir de l'observation à un instant T de sa progression par rapport à un calendrier initial et, d'autre part, à travers les perceptions sur le changement des pratiques associées.

## Des planifications inégales, des actions en retard

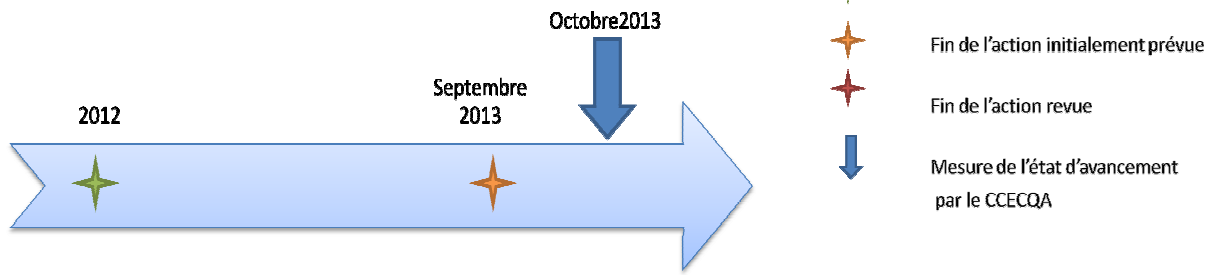
Les entretiens collectifs avec les groupes en charge des actions ont permis de questionner le cadre global de la mise en œuvre et du déroulement de chaque action, et de repérer leur état d'avancement à un instant T.

Le travail de mise en perspective des différents états d'avancement des actions mises en œuvre dans les 5 établissements ne vise pas à proposer une évaluation comparative. En effet, la diversité de la nature et de la durée des actions, des périodes d'évaluation par rapport au début de l'action ne permettent pas de réaliser une réelle comparaison. Il s'agit plutôt de dégager les spécificités de chaque conduite d'action et de proposer des pistes d'analyses liées à leurs retards.

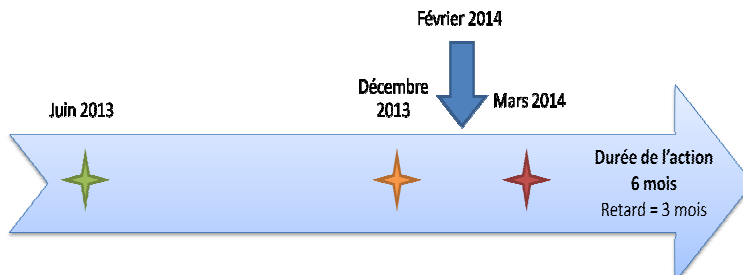
Le défaut de planification de l'action au sein de l'établissement 1 n'a pas permis de mesurer son état d'avancement. Les établissements 3 et 4 n'avaient pas formalisé au début du projet de calendriers prévisionnels détaillés. Seuls les établissements 2 et 4 avaient une planification claire et précise de leur action. Ces quatre derniers établissements ont chacun plusieurs mois de retard dans l'avancement des actions mises en œuvre.

Pour rappel, l'établissement 1 avait pour action un recueil et une analyse des signalements de veinites. L'établissement 2 proposait l'actualisation du protocole de pose et de surveillance du CVP. L'action mise en œuvre au sein de l'établissement 4 était une analyse des causes dans le cadre d'un retour d'expérience (REX) d'un accident par exposition au sang associé à l'utilisation d'un CVP. Les établissements 3 et 5 menaient une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la pose et la manipulation du CVP, basée sur un audit des dossiers et des pratiques. Ces différentes actions sont décrites dans le tableau de synthèse des résultats des 5 établissements. Les figures suivantes mettent en évidence la diversité des actions et de leur durée (comprise entre 4 et 11 mois lors de leur planification).

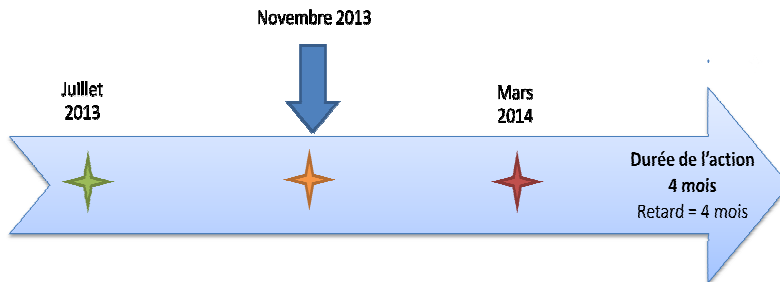
**Légende – figures**



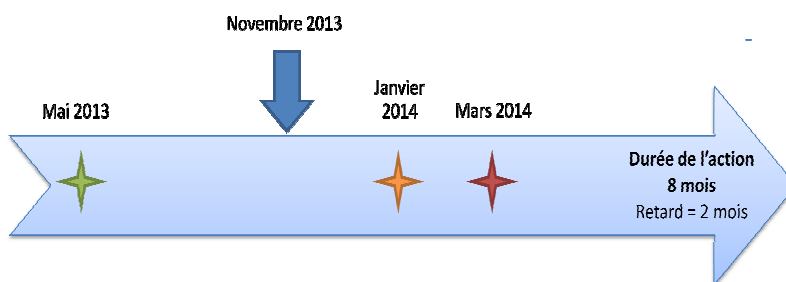
**Schéma 4.** Calendrier de l'action dans l'établissement 1 - Signalement des veinites



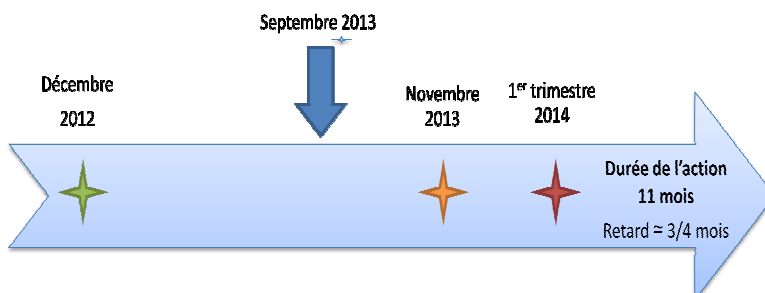
**Schéma 5.** Calendrier de l'action dans l'établissement 2 - Actualisation du protocole de pose et de surveillance du CVP et mise en place d'une check-list



**Schéma 6.** Calendrier de l'action dans l'établissement 3 - Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur le CVP : audit (pose, manipulation, dossiers patients)



**Schéma 7.** Calendrier de l'action dans l'établissement 4 - Analyse des causes (REX) d'un accident par exposition au sang



**Schéma 8.** Calendrier de l'action dans l'établissement 5 - EPP sur le CVP : audit (pose, manipulation, dossiers patients)

La mesure de l'avancement de l'action mise en place dans les services de Gériatrie et d'Infectiologie de l'établissement 2 a été réalisée après la fin initialement prévue de l'action. Un retard de trois mois dans le calendrier initial a conduit les professionnels à décaler la fin de l'action au mois de mars 2014.

La mesure de l'état d'avancement de l'action mise en place dans les services de Médecine Polyvalente et de l'Unité de Surveillance Continue de l'établissement 3 a été réalisée lors du dernier mois initialement prévue de l'action. Un retard de quatre mois a été constaté par les professionnels qui ont alors décidé de reporter la fin de l'action au mois de mars 2014.

La mesure de l'état d'avancement de l'action mise en place dans les deux services de Chirurgie de l'établissement 4 a été réalisée avant la fin initialement prévue de l'action. L'action avait un retard de deux mois. La fin de l'action a donc été revue et reportée au mois de mars 2014.

La mesure de l'état d'avancement de l'action mise en place dans les services de Médecine Polyvalente et de Cardiologie de l'établissement 5 a été réalisée avant la fin initialement prévue de l'action. Un retard de trois à quatre mois a été constaté par les professionnels qui ont alors décidé de reporter la fin de l'action au premier trimestre 2014.

## **Perception de l'origine du retard à la mise en œuvre des actions**

L'analyse du discours des acteurs rencontrés en entretien collectif<sup>7</sup> a permis d'identifier deux types de représentations expliquant le retard du déroulement des actions. En premier lieu, ont été identifiés des éléments liés à des facteurs indépendants de la conduite d'actions, tels que des tâches liées au fonctionnement de l'établissement ou encore des obstacles liés aux acteurs impliqués dans les actions. En second lieu, des facteurs organisationnels liés à la démarche qualité et de gestion des risques ont été évoqués pour expliquer le retard dans l'avancement des actions.

---

<sup>7</sup> Il s'agit des réunions sur l'état d'avancement des actions de gestion des risques mises en œuvre au sein des établissements (cf : Annexes 8).

## *Des facteurs indépendants de la conduite d'actions*

### ➤ **Les « aléas » de l'actualité hospitalière**

Les informations recueillies au cours des entretiens collectifs sur les établissements 2, 3 et 4<sup>8</sup> font état de plusieurs motifs explicatifs du retard des actions par des éléments indépendants de la conduite d'action. Les aléas de l'actualité hospitalière tels que la charge de travail et la multiplication des projets, ou encore le travail pour la démarche de certification ont freiné respectivement la mise en œuvre des actions au sein des établissements 2 et 4. Par ailleurs, l'existence d'autres priorités notamment en lien avec la gestion des ressources humaines et des plannings (liée à l'absence des cadres de proximité) a également été perçue comme un frein à l'avancement de l'action au sein de l'établissement 3.

Enfin, l'établissement 5 a également été confronté à la fermeture d'un des deux services étudiés (Cardiologie), en raison d'une baisse d'activité.

### ➤ **Des obstacles liés aux acteurs impliqués dans les actions**

D'autres facteurs identifiés par les acteurs interviewés ont perturbé l'avancement des actions, dans les établissements 2 et 4. Les délais d'obtention de matériels sécurisés avec les fournisseurs associés à l'exigence des médecins anesthésistes chargés du test des différents matériels ont ralenti la prise de décision consensuelle autour d'un dispositif et avec elle une étape de l'action au sein de l'établissement 4. Enfin, des résistances aux changements (de matériel / de remplissage d'une check-list) expliquaient en partie le retard des actions selon les professionnels des groupes de travail des établissements 2 et 4. Les attitudes et les comportements des acteurs impliqués dans les actions pouvaient avoir un retentissement important sur l'avancement de ces dernières.

---

<sup>8</sup> Ces entretiens ont regroupé respectivement : les cadres des deux services concernés, la directrice des soins infirmiers (DSI) et la cadre en hygiène pour l'établissement 2 ; la DSI/Coordinatrice de la GDR, l'assistante coordinatrice de la GDR et l'IDE hygiéniste pour l'établissement 3 ; le pharmacien responsable de la matériovigilance, la coordinatrice de la GDR, l'IDE hygiéniste, le responsable du Pôle orthopédie, l'IDE coordinatrice du pôle orthopédie, la cellule qualité pour l'établissement 4.

## *Des facteurs organisationnels liés à la mise en œuvre de la démarche qualité et à la conduite d'action*

Une grande partie des motifs explicatifs du retard des actions évoqués par les membres des groupes de travail font référence à des facteurs organisationnels en lien avec la mise en œuvre de la démarche et des projets qualité ainsi que la conduite d'action. Rappelons que la conduite d'action a été, entre autres, identifiée par les interviewés lors des entretiens comme un élément déterminant l'avancement des actions.

Les membres des groupes de travail chargés des actions, rencontrés en entretien collectif sur les établissements 2, 3 et 5<sup>9</sup>, ont exprimé diverses opinions sur les facteurs organisationnels associés au retard des actions.

### ➤ **Le manque de ressources et de temps dédiés à la qualité/GDR sur l'organisation des actions de GDR**

Le manque de ressources humaines dédiées à la qualité et le manque de temps dédié à ces activités étaient deux explications importantes du retard des actions, présentes dans les discours des professionnels rencontrés en entretien collectif pour les établissements 3 et 5. En effet, les personnes chargées des projets et des actions en lien avec la qualité et la GDR au sein de ces deux établissements avaient peu de temps dédié à ces tâches et avaient souvent bien d'autres responsabilités du fait d'un cumul de fonctions. Ceci expliquait en partie les organisations « *au fil de l'eau* » des actions, en fonction des temps informels et des autres activités, qui ne favorisaient pas un avancement optimal. Sur ces deux établissements, les équipes en charge de la réalisation des actions avaient des difficultés à se réunir qui tenaient notamment à un manque de temps dédié à ce travail.

Le manque de personnel au sein des équipes qualité / GDR de ces deux établissements était aussi présenté comme une des raisons des difficultés liées à l'organisation des actions.

Par ailleurs, les professionnels au sein de l'établissement 2 ont évoqué des difficultés liées à la durée de l'action et au temps de travail qu'elle nécessitait. En effet, l'échéancier de travail relativement court et le travail chronophage lié aux relectures des documents a ralenti le déroulé de l'action pour cet établissement.

---

<sup>9</sup>L'entretien collectif au sein de l'établissement 5 a regroupé la DSI, l'assistante qualité, l'IDE responsable du service cardiologie, l'IDE responsable du service de médecine polyvalente et 2 IDE de soins intensifs correspondantes en hygiène.

Enfin, le départ et l'absence temporaire de personnes ressources telle que la directrice des soins infirmiers (DSI) pour l'établissement 2, les cadres de proximité dont la cadre en hygiène responsable du projet pour l'établissement 3 et le pharmacien porteur du projet pour l'établissement 4 ont également contribué au retard dans la réalisation des actions.

➤ **Une communication non adaptée autour de l'action**

Le défaut de communication sur l'action, notamment auprès du personnel soignant, a été mise en évidence dans le discours des interviewés pour 3 des 5 établissements et représentait une difficulté de taille dans la conduite d'action. Cela était particulièrement visible dans l'établissement 1. En effet, l'EOHH qui était chargée du recensement des signalements d'infections auprès des services n'avait recueilli aucun signalement spécifique au CVP depuis le début de l'action en 2012. Les professionnels de l'EOHH et la coordinatrice de la gestion des risques ne s'expliquaient pas la non-participation des professionnels à ces signalements. Or, les entretiens réalisés avec les professionnels mettaient en évidence une méconnaissance généralisée de l'action et l'absence d'incitation par les personnes en charge de l'action des professionnels à déclarer les infections associées à l'utilisation du CVP. Cette action était restée « institutionnelle » sans diffusion d'informations dans les unités de soins.

Par ailleurs, la difficulté à informer tout le personnel de l'action mise en œuvre au sein de l'établissement 2 a engendré des retours différés par rapport à la proposition de support de surveillance (check-list) de la part des professionnels prévenus tardivement. Cela a été source de retard dans la réalisation de l'action.

Le défaut de connaissance de l'existence de l'action par les acteurs interviewés, aussi bien des institutionnels que des professionnels soignants, notamment pour les établissements 1 et 3, montrait que le pilotage de ces actions était souvent porté par un individu ou un groupe restreint. Le manque de temps dédié aux démarches qualité et gestion des risques et les nombreuses informations affichées dans les services, par exemple, étaient des éléments à prendre à considération pour la communication sur les actions.

Ainsi, les difficultés liées à la communication sur des actions étaient défavorables à leur mise en œuvre. Les équipes des établissements étudiés semblaient cependant conscientes de la nécessité de mettre en place une communication autour des actions, surtout auprès des professionnels des services de soins.

L'analyse du discours des acteurs chargés de la mise en œuvre des actions a permis de souligner l'importance des facteurs organisationnels pour l'avancement des actions de

gestion des risques au sein des services. Parmi ces facteurs organisationnels, les éléments liés à la conduite d'action nous paraissaient être particulièrement intéressants pour l'avancement des actions.

## **La conduite d'action dans les établissements : une activité en roue libre**

Cette partie vise à présenter les principales difficultés liées à la conduite d'actions pouvant en partie expliquer les retards constatés quant à l'avancement des actions au sein des établissements. Ces freins ont été identifiés lors des entretiens collectifs sur l'état d'avancement de l'action réalisés dans l'ensemble des établissements.

### *La formalisation des objectifs de l'action en amont de la structuration de la démarche*

L'absence de structuration globale de l'action et notamment de formalisation de ses objectifs était un des principaux obstacles à la conduite d'actions. Pour 3 des 5 établissements, il a été constaté un manque de clarté et de formalisation des objectifs des actions avant leur mise en œuvre.

L'entretien collectif sur l'établissement 1 – pour lequel il n'a pas été possible de mesurer l'état d'avancement de l'action – a mis en évidence que les différentes parties prenantes ne partageaient pas les mêmes objectifs pour l'action. Pour la cadre du service de Neurologie, il s'agissait de réactiver les connaissances, d'avoir une démarche pédagogique (ne pas accuser), mais aussi d'éviter les bactéries multi-résistantes (BMR). En Médecine Interne, la question de la matériovigilance se posait : le changement de CVP (non sécurisé) n'était pas adapté et générait plus de veinites. L'objectif serait alors de mesurer la fréquence de ces veinites. Pour l'EOHH, l'action : le signalement des veinites avait pour objectif d'identifier les origines du risque infectieux. Enfin, pour la CGDR, il s'agissait de réaliser un état des lieux des veinites au sein de l'établissement et d'en analyser les causes. Le défaut de formalisation de l'action et notamment l'absence d'objectifs partagés était en partie expliqué par les acteurs rencontrés<sup>10</sup> par le départ du praticien en hygiène qui était la responsable de l'action.

---

<sup>10</sup> Etaient réunis : la coordonnatrice de la gestion des risques, les deux IDE hygiénistes, et les cadres des deux services.



Le défaut de consensus sur les objectifs précis de l'action semblait être une difficulté partagée par les établissements 2 et 5. A titre d'exemple, les membres du groupe de travail de l'établissement 2, dont l'action était l'actualisation du protocole de pose et de manipulation du CVP, n'avaient pas initialement défini en commun la notion d'appropriation du protocole, pourtant un des objectifs principaux l'action. Il semblait donc difficile d'évaluer la réalisation de cet objectif n'ayant pas de mesure possible de cette appropriation. Finalement, au cours de l'entretien collectif, les membres du groupe de travail ont proposé de décliner cette notion en 3 niveaux<sup>11</sup>.

Pour l'établissement 5, il y avait un manque de cohérence des objectifs de l'action qui n'avaient pas été pensés dans l'ordre « logique » de réalisation d'un audit ni d'une évaluation des pratiques professionnelles. En effet, l'établissement poursuivait une démarche d'audit initié en 2007, sans avoir évalué au préalable les risques infectieux au sein de l'établissement en termes de fréquence, de gravité ou de survenue d'un événement déclencheur.

### *La planification et le suivi de l'action*

L'absence de structuration de l'action concernait aussi le défaut d'élaboration de calendrier précis et de suivi de l'action. C'était un obstacle lié à la conduite d'action pour 4 des 5 établissements.

L'absence de planification précise de l'action et d'objectifs quantifiés de prévention sur l'établissement 1 en était un bon exemple. L'établissement 3 n'avait pas élaboré de calendrier prévisionnel détaillé au lancement de la démarche. Les établissements 2 et 5 n'avaient pas précisé l'ensemble des étapes de l'action dans leurs calendriers.

Seul l'établissement 4 avait une formalisation claire et relativement précise de son action.

Une autre difficulté liée à la conduite d'action était le suivi de l'action. Pour 3 établissements, il n'existait pas de réel suivi de la mise en œuvre des actions. Cela était peut être lié au défaut de planification des actions.

Trois établissements n'avaient pas formalisé de suivi régulier de l'action. Cependant, certaines actions étaient suivies de manière informelle par des personnes chargées de leur mise en œuvre.

---

<sup>11</sup> Le premier niveau consisterait à appliquer à la lettre les différentes étapes du protocole, le second niveau ferait référence à la prise en compte du protocole au quotidien dans les pratiques et le troisième niveau serait une réelle intégration des bonnes pratiques, accompagnée d'une prise de conscience du risque que l'on prend à s'écarter de ces bonnes pratiques. Ce dernier niveau d'appropriation des bonnes pratiques consisterait pour le professionnel à connaître, décliner le protocole avec réflexion en fonction des situations rencontrées.

Par exemple, sur l'établissement 5, la DSI, avec des comptes-rendus de réunions trimestrielles du CLIN et des discussions informelles lors des réunions de l'EOHH, assurait un certain suivi de l'action. Sur l'établissement 2, le suivi de la mise en œuvre de l'action était plus ou moins assuré lors des réunions du groupe de travail. Globalement, les équipes en charge de la réalisation des actions avaient parfois des difficultés à se réunir, notamment par manque de temps dédié à ce travail.

Seuls les établissements 3 et 4 avaient un suivi régulier de l'action. Dans l'établissement 3, une réunion hebdomadaire était organisée avec l'IDE hygiéniste, la DSI et l'assistante DSI et des retours sur l'avancée de l'étude étaient réalisés régulièrement. Dans l'établissement 4, des réunions régulières étaient organisées par l'équipe de travail, un contrôle de la mise en place du nouveau matériel et de la réalisation des tests des CVP était fait dans les services. Le suivi des actions au sein de ces deux établissements était tracé respectivement par la qualicienne et la coordinatrice de la GDR grâce à des outils spécifiques tels qu'un tableau de bord et un calendrier de suivi précisant l'avancement de l'action. Le groupe de travail de l'établissement 4 disposait en plus d'indicateurs de suivi : la proportion de collecteurs fixés sur les chariots, la date de fixation des collecteurs, la date d'évaluation de l'utilisation des chariots de pose CVP et la date de la mise en place du matériel sécurisé. La mise en œuvre des actions dans les établissements 3 et 4 semblait mieux organisée et une évaluation de l'efficacité des actions était prévue.

### *Evaluation de l'efficacité de l'action*

L'évaluation de l'efficacité de l'action était prévue dès le début de l'action seulement dans l'établissement 3. Elle serait réalisée par un 2<sup>ème</sup> audit afin d'évaluer le changement des pratiques de poses et de manipulation du CVP, et une surveillance épidémiologique par le laboratoire des infections sur CVP.

Les quatre autres établissements n'avaient pas prévu d'évaluer l'efficacité de leurs actions mais les entretiens collectifs ont permis à certaines équipes de réfléchir à d'éventuelles évaluations à réaliser *a posteriori*. C'était le cas de l'établissement 2 pour lequel il a été envisagé une évaluation des pratiques au bout de 2 ans pour repérer les évolutions positives et les écarts aux bonnes pratiques. Le groupe de travail de l'établissement 5 a pensé renouveler des périodes de surveillance des infections. Pour l'établissement 4, les accidents par exposition au sang associés aux collecteurs et aux CVP étaient rares, il était donc difficile d'évaluer les résultats de l'action (la fixation de nouveau matériel).

## *Atteinte des objectifs de l'action et des objectifs en termes de fréquence des infections sur CVP*

Etant donné l'état d'avancement des actions lors de notre passage dans les établissements, il était souvent trop tôt pour déterminer si les objectifs initiaux des actions avaient été atteints. Cependant, l'équipe rencontrée en entretien collectif sur l'établissement 5 avait d'ores et déjà fait certains constats tels que la sensibilisation des professionnels au risque infectieux sur CVP et l'amélioration de la traçabilité de la pose, de la surveillance et de l'ablation du CVP. Dans l'établissement 2, l'action d'EPP aurait suscité des questionnements de la part des professionnels mais pas de réelle appropriation du protocole selon les acteurs rencontrés en entretien collectif.

Il était également trop tôt pour déterminer si les objectifs de prévention en termes de fréquence des infections sur CVP avaient été atteints au sein des 5 établissements.

## *Organisation de la restitution aux professionnels*

La communication sur les actions comprenait les retours d'informations sur leur mise en œuvre et les résultats obtenus. Si les retours d'informations n'avaient pas encore été réalisés dans les services dans les 4 premiers établissements lors de notre passage, une restitution aux professionnels avait été réalisée par affichage dans les deux services de l'établissement 5. Cette restitution a été discutée seulement dans le service de Médecine Polyvalente, car le service de Cardiologie était à cette période fermé.

## *Perspectives*

Dans les établissements 2 et 3, il n'y avait pas encore de décisions prises à la suite des résultats obtenus. Cependant, le groupe de travail sur l'action au sein de l'établissement 1 avait prévu à la fin de l'action, une communication et une présentation du programme d'action qualité / GDR en réunion avec les cadres et en CME. Pour l'établissement 4, il était prévu de suivre les risques infectieux chez les patients et la douleur, ces risques pouvant augmenter suite aux changements de matériel dans les services. Dans l'établissement 5, une grille de surveillance hebdomadaire des veinites et des notes de service sur l'action étaient envisagées par le groupe de travail.

Le manque de formalisation des objectifs et de planification des actions agissaient sur l'avancement des actions. Comment contrôler l'avancement d'une action sans calendrier précis ? Comment évaluer la réalisation des objectifs si ces derniers ne sont pas clairs pour l'ensemble de l'équipe ? La structuration de la démarche était une première étape qui conditionnait les autres pour la mise en œuvre des actions de GDR dans les services.

## L'impact des actions sur les pratiques

L'observation des pratiques (de traçabilité, de pose et de manipulation) a permis d'établir certains constats, notamment en termes d'écart aux bonnes pratiques.

Lors de notre passage dans les établissements, il était difficile d'appréhender l'impact des actions sur les pratiques celles-ci n'étant pas toutes en fin de calendrier. Néanmoins, les acteurs interrogés avaient déjà pu constater quelques évolutions.

### *Observation des pratiques : des écarts par rapport aux bonnes pratiques*

Au total, environ 49 poses de CVP, 54 manipulations de CVP et 106 dossiers patients ont pu être observés et étudiés. La fréquence des écarts aux bonnes pratiques<sup>12</sup> variait de 1,4 % à 29,7 % pour l'ensemble des pratiques de traçabilité, de 37,5 % à 85,7 % pour les pratiques avant la pose, de 4,8 % à 26,6 % pour les pratiques de pose de CVP et de 0 % à 17,2 % pour les manipulations.

La fréquence des écarts était plus élevée pour les pratiques avant la pose de CVP. Selon les établissements, la différence entre les pourcentages de conformité aux bonnes pratiques des 2 services variait de 0,3 points à 5,7 points

### *Perception de l'impact des actions sur les pratiques*

- **Une évolution positive repérée sur certaines pratiques et sur les « états d'esprits » dans les établissements 2, 4 et 5**

La majorité des personnes interviewées au sein des établissements 2, 4 et 5 avaient remarqué un impact positif de l'action sur les pratiques liées à la pose et la manipulation du CVP. C'était notamment le cas des acteurs institutionnels de le groupe de travail sur l'action dans l'établissement 5.

---

<sup>12</sup> Calculé à partir du nombre d'écarts par rapport au nombre de critères observés pour chaque pratiques.

Ces derniers ont constaté une certaine amélioration des pratiques dans les services, notamment par le renouvellement des périodes de surveillance des infections (surveillance hebdomadaire des veinites). Les professionnels semblaient être plus sensibilisés et disaient corriger leur façon de faire pour être en conformité avec les bonnes pratiques, en particulier sur la traçabilité de la surveillance.

Plusieurs entretiens au sein de ces trois établissements témoignaient d'un impact positif de l'action sur les pratiques mais aussi sur l'état d'esprit des soignants face au risque. En effet, les groupes de travail de ces établissements avaient noté que les actions avaient suscité des questionnements chez les professionnels. Par exemple, dans l'établissement 2, les cadres de santé ont fait certains constats positifs : dans un service d'Infectiologie, les professionnels semblaient avoir été amenés à discuter de certaines pratiques de pose du CVP, ce qui n'avait pas été observé avant. Selon les professionnels interviewés, l'action permettait aussi de sensibiliser à nouveau toutes les catégories d'acteurs au sein de l'établissement (institutionnels, cadres, professionnels) par rapport aux risques infectieux sur ce soin qui était relativement banalisé. Sur l'établissement 4, l'action aurait permis de sensibiliser à nouveau les professionnels aux accidents par exposition au sang (AES) selon les professionnels en charge de l'analyse et du retour d'expérience d'un AES. Cependant, ces derniers constataient que tous les collecteurs avaient été utilisés sur le pôle Orthopédie. Cependant, un audit du circuit d'élimination des déchets (réalisé en 2011) avait mis en évidence de bons résultats en termes de pratiques. Selon les professionnels rencontrés en entretien collectif, l'amélioration des pratiques par l'action corrective (fixation des collecteurs) était donc relativement faible au regard des pratiques avant le début de l'action au sein de l'établissement. De plus, les professionnels rencontrés craignaient que le changement de matériel (faisant partie du plan d'action) puisse perturber les pratiques et augmenter les risques infectieux sur CVP. Selon eux, il était important de veiller à ce que la prévention des risques professionnels n'augmente pas les risques infectieux pour le patient.

- **Perception d'un impact positif du projet PROGRESS sur les pratiques - établissement 1 et 2**

Les professionnels rencontrés dans l'établissement 1 n'étaient pas en mesure d'apprécier l'impact de l'action sur les pratiques puisqu'elle n'était pas connue des professionnels et que cette action n'était pas réellement mise en pratique. Cependant, les cadres de santé avaient constaté un impact positif du projet PROGRESS sur la sensibilisation du personnel et la réappropriation du protocole de pose et de manipulations du CVP. Les visites régulières de l'EOHH dans les services leur ont paru être un moyen de communication efficace ; les hygiénistes ayant plus de légitimité aux yeux des professionnels que les cadres du service du fait de leur expertise.

Pour l'établissement 2, d'après les personnes chargées de la mise en œuvre de l'action, le projet PROGRESS a eu un certain impact positif sur les pratiques au sein du service de Gériatrie, notamment sur le port des gants.

- **Un faible impact perçu sur les pratiques - établissement 3**

L'audit réalisé sur l'établissement 3 a permis de mieux sensibiliser les professionnels. Cependant, les professionnels du groupe de travail sur l'action ont constaté une faible appropriation des protocoles. Ces derniers restaient peu lus, et leur accès n'était pas simple pour les professionnels sur intranet. Aussi, d'après la coordinatrice de la gestion des risques, la mise en œuvre du protocole avec une approche top-down était un problème. Elle constatait une certaine résistance psychologique et avait une volonté de changer cette façon de faire en vue d'une meilleure appropriation, en élaborant des protocoles plus proches de leurs pratiques et prenant en compte leurs difficultés. Par ailleurs, sur cet établissement, les professionnels auraient pris conscience de certaines problématiques liées à l'hygiène bien que la désinfection cutanée en 4 temps n'était pas toujours respectée et que la manipulation de CVP était un acte très souvent banalisé. D'après la CGDR et l'IDE hygiéniste, deux groupes de professionnels restaient difficiles à sensibiliser du fait d'une résistance au changement : les « fraîchement diplômés » et ceux avec une ancienneté professionnelle importante.

## 2. LES FREINS ET LEVIERS A LA MISE EN ŒUVRE ET A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES

### Profil socio-démographique des personnes rencontrées

Tableau 4. Données sociodémographiques des personnes rencontrées

	Nombre	%
<b>Sexe</b>		
Femme	45	63,4
Homme	26	36,6
<b>Age</b>		
20-30 ans	10	14,1
31-40 ans	14	19,7
41-50 ans	15	21,1
51 ans et plus	31	43,7
NR	1	1,4
<b>Type d'équipe hospitalière</b>		
Administrative/Institutionnelle	25	35,2
Médicale	16	22,5
Paramédicale	30	42,3
<b>Fonction</b>		
IDE	21	29,6
Médecin	14	19,7
Cadre de santé	9	12,7
Directeur général	5	7,0
Directeur Qualité	5	7,0
PCME	5	7,0
Coordonnateur Gestion des Risques	4	5,6
DSI	3	4,2
Assistant Qualité	2	2,8
IDE hygiéniste (EOHH)	1	1,4
Chef de pôle	1	1,4
Chef de service	1	1,4
<b>Ancienneté professionnelle</b>		
Moins d'un an	1	1,4
1 à 5 ans	14	19,8
6 à 10 ans	15	21,1
11 ans et plus	39	54,9
Non réponse	2	2,8
<b>Statut</b>		
Libéral	13	18,3
Salarié de l'établissement	58	81,7
<b>Appartenance à un groupe en lien avec la GDR</b>		
Oui	47	66,2
Non	12	16,9
Non réponse	12	16,9
<b>Responsabilité service</b>		
Oui	12	16,9
Non	35	49,3
Non applicable	24	33,8
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Au total, 71 entretiens avec des professionnels hospitaliers ont été réalisés au sein de 5 établissements. Ils concernaient 63 % de femmes et 37 % d'hommes. 43,7 % des personnes rencontrées avait 51 ans et plus. Les professionnels paramédicaux étaient les plus nombreux (42,3 %) suivis par les institutionnels (35 %) et les médecins (22 %). Plus de la moitié des personnes rencontrées (54,9 %) avait une ancienneté professionnelle de 11 ans et plus. Seulement 18 % étaient libéraux. Cette situation statutaire concernait essentiellement les médecins travaillant dans les établissements privés. Enfin 66 % des professionnels appartenaient ou participaient à un groupe en lien avec la gestion des risques.

## Freins et leviers généraux

Au total, les **90 facteurs freinant** et **89 facteurs facilitant** la mise en œuvre et l'avancement des projets qualité et de gestion des risques ont été identifiés par les personnes interrogées. L'analyse catégorielle du discours a permis de regrouper ces nombreux facteurs dans des sous-catégories, elles-mêmes regroupées dans sept grandes catégories de freins et de leviers (Cf. Tableau ci-dessous).

**Tableau 5.** Fréquence des freins et des leviers cités, par grande catégorie

Catégories de freins et de leviers	FREINS	LEVIERS
Conduite des projets qualité	56	47
Soutien institutionnel	51	53
Facteurs psychosociaux	43	28
Engagement professionnel	35	27
Mode de relations interprofessionnelles	14	33
Les aspects structurels de l'établissement	13	10
Effets des réglementations et évaluations externes	10	21

D'après le tableau ci-dessus, les grandes catégories de freins et de leviers les plus présentes dans le discours des personnes rencontrées étaient **la conduite des projets qualité** et **le soutien institutionnel**. Sur 71 professionnels rencontrés, 56 ont évoqué des freins en lien avec la conduite des projets de qualité et 51 professionnels faisaient référence au soutien institutionnel. 43 sujets ont identifié des freins de nature psychosociale et 35 abordent des freins en lien avec l'engagement professionnel.

Les **leviers** institutionnels étaient ceux les plus fréquemment évoqués par les sujets interviewés (n = 53), suivis des leviers liés à la conduite de projet qualité (n = 47), et ceux en lien avec les relations interprofessionnelles (n = 33).



## Freins et leviers perçus par l'équipe hospitalière

**Tableau 6.** Fréquence des catégories de freins citées par les trois types d'équipe hospitalière

	EQUIPE HOSPITALIERE			TOTAL (n = 71)
	Institutionnelle (n = 25)	Médicale (n = 16)	Paramédicale (n = 30)	
<b>Conduite des projets qualité</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>56</b>
<b>Soutien institutionnel</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>51</b>
Facteurs psychosociaux	12	10	21	43
Engagement professionnel	14	12	9	35
Mode de relations interprofessionnelles	8	1	5	14
Aspects structurels de l'établissement	7	0	6	13
Effets des réglementations et évaluations externes	3	3	4	10

Les catégories de freins les plus fréquemment citées par les équipes hospitalières étaient le soutien institutionnel et la conduite des projets qualité. Près de la moitié des institutionnels citaient des facteurs en lien avec l'engagement professionnel. Plus de la moitié des médecins citaient des freins liés à l'engagement professionnel et des freins de nature psychosociale. Les ¾ des équipes paramédicales ont identifié des freins psychosociaux.

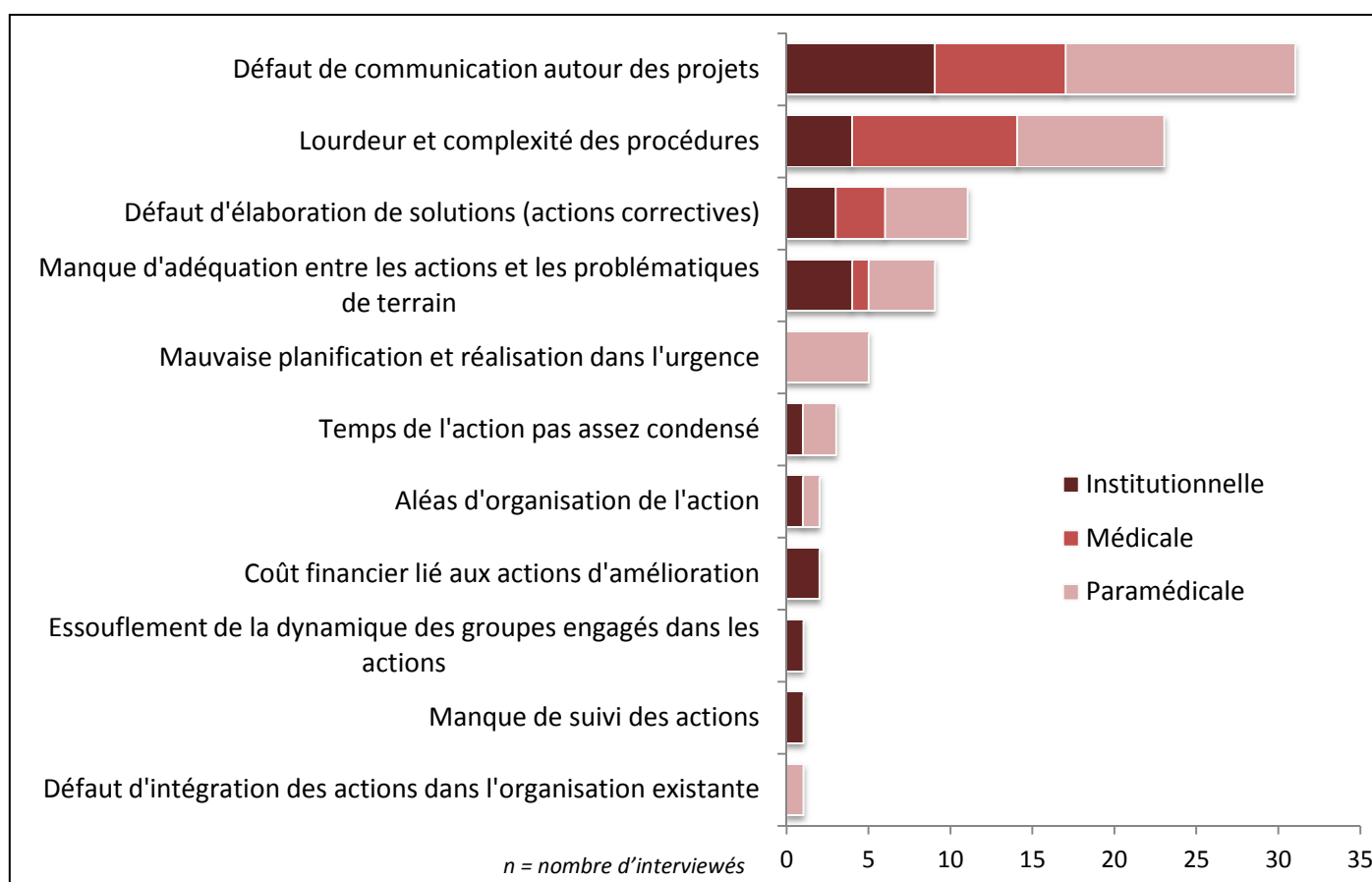
**Tableau 7.** Fréquence des catégories de leviers citées par les trois types d'équipe hospitalière

	EQUIPE HOSPITALIERE			TOTAL (n = 71)
	Institutionnelle (n = 25)	Médicale (n = 16)	Paramédicale (n = 30)	
<b>Soutien institutionnel</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>53</b>
<b>Conduite des projets qualité</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>47</b>
Mode de relations interprofessionnelles	10	6	17	33
Facteurs psychosociaux	13	5	10	28
Engagement professionnel	7	8	12	27
Effets des réglementations et évaluations externes	11	4	6	21
Les aspects structurels de l'établissement	5	1	4	10

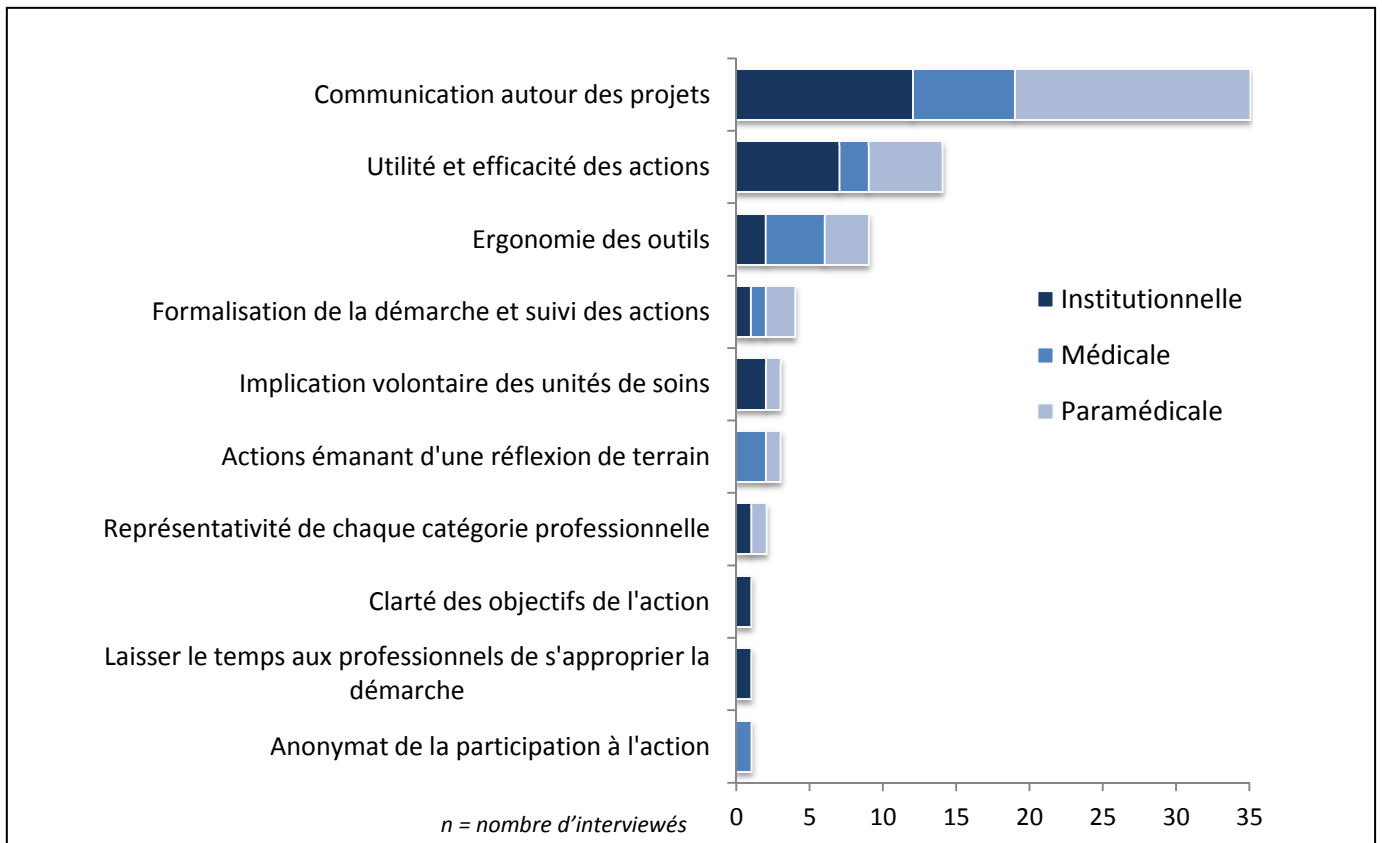
Les catégories de leviers les plus citées par les équipes hospitalières étaient le soutien institutionnel et la conduite des projets qualité. Plus de la moitié des institutionnels citaient des leviers de nature psychosociale. La moitié des médecins a identifié des leviers en lien avec l'engagement professionnel. Enfin, plus de la moitié des équipes paramédicales citaient des leviers liés aux modes de relations interprofessionnelles.

Les résultats qui suivent visent à développer le contenu des grandes catégories de facteurs afin d'être au plus près des perceptions des interviewés. La déclinaison des facteurs sera présentée par ordre d'importance qui repose sur le nombre de sources citant ces facteurs. Notons qu'une source correspond à un entretien avec un interviewé.

### Les freins et les leviers liés à la conduite de projets qualité



**Figure 2.** Fréquence des freins liés à la conduite de projets qualité, cités par les trois types d'équipe hospitalière



**Figure 3.** Fréquence des leviers liés à la conduite de projets qualité, cités par les trois types d'équipe hospitalière

L'analyse thématique des données a permis de mettre en évidence **10 facteurs freinants** et **10 facteurs facilitants** en lien avec la conduite de projets qualité.

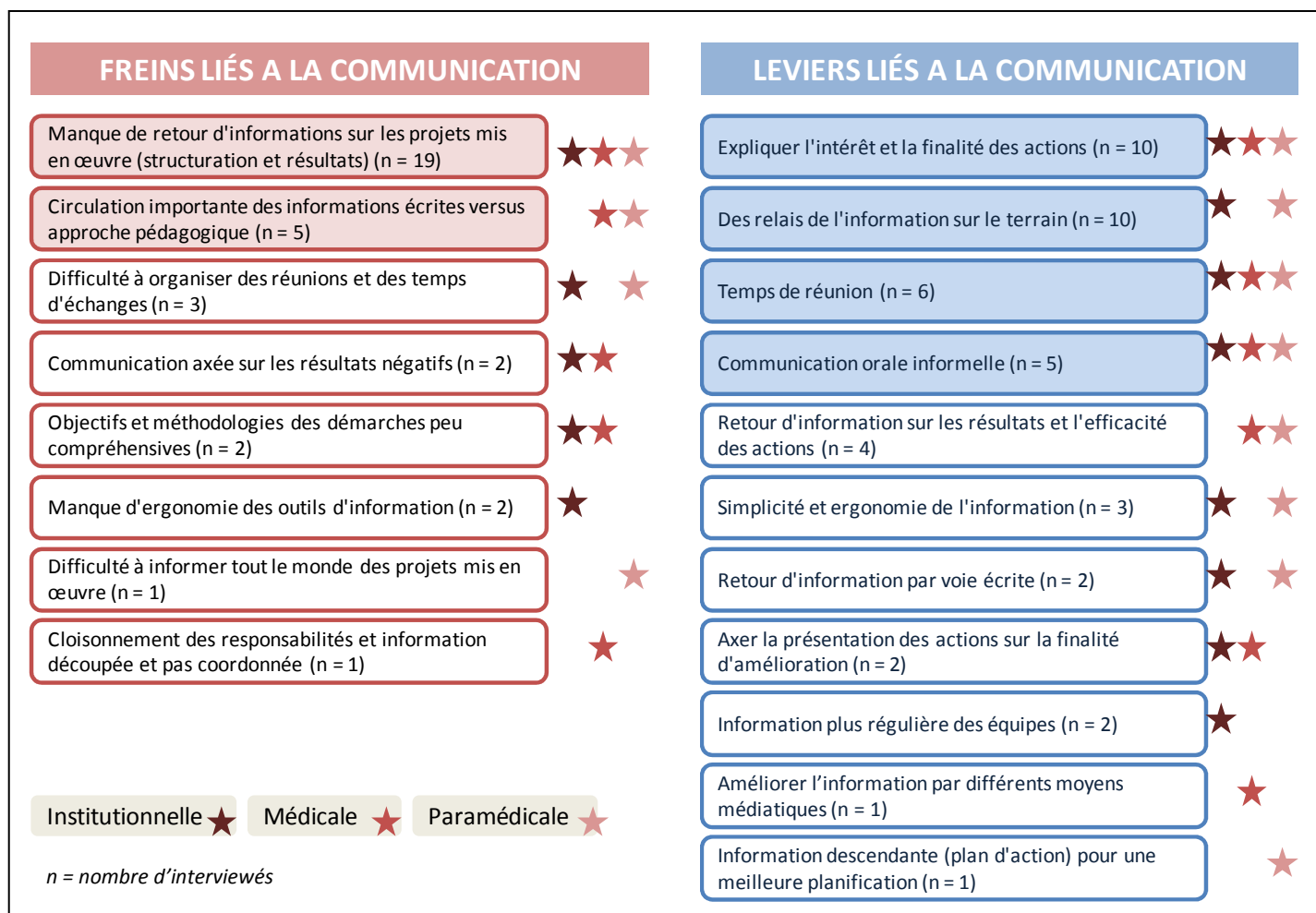
Les quatre principaux freins évoqués par les interviewés, étaient présents dans le discours des trois types d'équipes hospitalières. Il s'agit *du défaut de communication autour des projets, de la lourdeur et de la complexité des procédures, du défaut d'élaboration de solutions, et du manque d'adéquation entre les objectifs des actions et les problématiques de terrain*. Un seul frein, *la mauvaise planification et la réalisation dans l'urgence*, a été identifié uniquement par les équipes paramédicales.

Les trois principaux leviers évoqués par les interviewés étaient : *la communication autour des projets, l'utilité et l'efficacité des actions, l'ergonomie des outils, et la formalisation de la démarche et le suivi des actions*.

## 🔍 La communication : le parent pauvre de la conduite d'actions

Ce facteur a été évoqué en tant que frein par 31 des 71 interviewés. Il apparaissait aussi en miroir en tant que levier pour 35 des 71 professionnels rencontrés.

L'analyse thématique catégorielle du discours a permis de mettre en évidence 8 facteurs freinants et 11 leviers relatifs à la communication. La figure ci-dessous présente ces différents facteurs.



**Schéma 9.** Les freins et leviers liés à la communication cités par les trois types d'équipe hospitalière

Les principaux freins et leviers liés à la communication identifiés étaient les suivants.

Le **manque de retour d'information sur les projets mis en œuvre** a été souligné par 19 interviewés, dont 5 acteurs institutionnels, 5 médecins et 9 professionnels paramédicaux. Le manque d'informations auprès des équipes était un frein important qui entraverait le bon déroulement des actions si l'information circulerait dans un vase clos « institutionnel ».

Les extraits d'entretiens suivants témoignent de la difficulté d'organiser cette communication au sein des établissements :

*« C'est sans doute là qu'il faut qu'on s'améliore. Il y a des commissions de soins tous les 15 jours, des réunions management toutes les semaines, on échange, on évolue, après le temps de retour vers les équipes et l'explication, pour ça, des fois, je pense qu'on va trop vite. »* (Directeur-E.4) ;

*« Il y a des groupes de travail qui se font, mais il y n'y a pas vraiment de communication ensuite. »* (IDE2-E.3).

L'absence d'information en amont de la mise en œuvre d'une action était de fait bloquante pour la participation des équipes telle que le montre l'exemple de l'établissement 1<sup>13</sup>.

**« Qu'est-ce qui peut freiner ou au contraire faciliter l'avancement de ces actions-là ?**

*Pour faire des signalements sur les veinites ?*

**Oui par exemple.**

*D'être informée qu'il faut le faire. Parce que moi, je ne savais pas du tout qu'il fallait faire un signalement sur une veinite. Je ne savais pas que cela existait. Je sais que sur d'autres problèmes thérapeutiques on est amené à faire des signalements en pharmaco-vigilance ou des choses comme ça, mais par exemple sur une veinite, à part le signaler au médecin quand ça nous arrive, je ne fais rien de plus. Après, je fais mes soins infirmiers dessus, mais j'avais pas idée qu'on puisse le transmettre. »* (IDE3-E.1) ;

*« Ben oui parce que ce ne sont que des retours écrits et il n'y a pas de présentation. Et c'est dommage parce que je pense que les gens pourraient avoir l'énergie et seraient vraiment moteurs pour les projets, mais à condition d'être informés. »* (IDE-E.5).

Le manque de retour d'information sur les résultats décredibilisait l'intérêt de ces démarches pour les professionnels. Les deux extraits de verbatim qui suivent sont assez révélateurs de ce phénomène.

*« On a souvent l'impression de faire des choses sans retour en fait. Parce que des fiches de signalement, on en a fait... Je pense qu'elles se font de moins en moins justement parce qu'il n'y a pas de retour. »* (IDE1-E.1) ;

*« S'il y a des retours. On veut bien s'engager mais si on n'a pas de retours, on ne voit pas l'intérêt et jusqu'à présent on a très peu de retours. Ils font leurs audits et on attend. »* (IDE2-E.1).

Par ailleurs, des professionnels soignants incriminaient un mode de communication perçu comme inapproprié : **l'importante circulation d'informations écrites**. En effet, les professionnels se disaient « noyés » dans des masses d'informations difficiles à prioriser.

*« Parce que comme je vous dis, elles sont énormément centrées sur le soin et elles ont beau voir l'affichette collée sur leur chariot de soin, elles se disent que ça va leur faire perdre du temps. »* (Cadre de santé-E.3) ;

---

<sup>13</sup> L'action de gestion des risques de l'établissement 1 était un système de signalement des veinites.

« Les cadres viennent et au lieu de parler, ils collent des affiches. » (IDE1-E.3) ;

« Oui, une feuille affichée. Les infos c'est souvent comme ça, ou ils viennent et ils nous trouvent pas et donc on se retrouve avec des trucs placardés, ou alors on a un cahier où on écrit ce qui ne va pas et eux écrivent. Et combien de fois on constate qu'ils écrivent alors qu'ils nous voient et qu'ils nous parlent pas ! La communication laisse à désirer... » (IDE2-E.3).

Une communication plus pédagogique a été reconnue comme un levier important pour les professionnels interrogés. Ces derniers ont évoqué l'importance **d'expliquer l'intérêt et la finalité des actions** comme un potentiel d'amélioration de la communication. L'encadré ci-dessous illustre à l'aide d'extraits d'entretiens, la perception de ce levier par les interviewés.

**« Qu'est-ce qui pourrait freiner la mise en œuvre puis l'avancement ?**

*Certainement le temps de faire la feuille de signalement qui doit freiner. La surcharge de travail. Les personnes doivent prendre l'habitude de faire ça. Il faut expliquer le but à chaque soignant...*

**Ça pourrait favoriser ?**

*Ah oui. Expliquer le pourquoi du comment. [...] Mettre en place de nouvelles choses dans une équipe qui depuis un certain temps ne les fait pas, c'est compliqué. Je pense qu'il faut expliquer le but.» (IDE-E.1) ;*

*« Moi je trouve insupportable de dire à quelqu'un : faites ça, ça et ça, sans dire pourquoi.*

**C'est quelque chose qui va faciliter après la mise en place, la motivation...**

*Ça provoque l'implication des gens, leur participation intelligente. [...] Je pars du principe qu'il faut des échanges, et que les gens sont impliqués quand ils savent ce qu'ils font.» (PCME-E.5) ;*

*« Quand on a l'impression qu'on ne sert à rien, on n'a pas envie, faut être clair. Quand le résultat est visible et qu'on sait à quoi ça sert ce qu'on fait, on a plus envie de le faire que quand on pédale dans le vide ! » (Médecin-E.2) ;*

*« A partir du moment où l'on sait pourquoi, je pense que l'implication est différente. » (IDE-E.3).*

L'amélioration de la communication passerait également par la mise en place de **relais de l'information sur le terrain**. Présent dans le discours de 10 sujets interrogés (3 institutionnels et 7 paramédicaux), ce facteur souligne l'importance du rôle des cadres et des correspondants en hygiène pour assurer la transmission de l'information. Pour certains, la personnalité charismatique de ces personnes serait un levier indéniable pour faciliter l'adhésion des équipes.

« D'abord, le premier rôle sur le terrain sont les responsables de soins et qui participent tous aux commissions clés pour avoir les informations clés en terme de démarche qualité et de gestion des risques. Ce sont elles qui sont le premier relai pour les professionnels. » (Chargé de projet qualité-E.3) ;

« Le référent hygiène, à mon sens, c'est quelqu'un qui doit être le relai entre la cellule hygiène et le service, pour faire remonter dans les services les informations, les évolutions et pour faire redescendre à l'équipe d'hygiène le terrain, les problèmes de terrain. A ce sens-là, il faut quand même quelqu'un de charismatique. Si vous avez un type très timide et réservé, il va avoir du mal à faire ce relai-là. Et si en plus, on doit porter et faire avancer des choses, mettre en place des évaluations, des EPP, et derrière ça mettre en place des actions correctives, évidemment le cadre a un grand rôle à jouer, mais le référent hygiène va avoir un rôle, parce qu'il est porteur de ça. » (Cadre de santé-E.1) ;

« J'ai des correspondantes d'hygiène qui sont repérées au niveau institutionnel, j'ai des référentes pansement, j'ai des référentes sur tout ce qui va être matériel. C'est en fonction de leurs affinités. Sinon, c'est le cadre qui se retrouve à tout gérer. Le cadre gère quand il y a un problème de suivi. [...] Sur le zéro bijou, chaque correspondant en hygiène dans son secteur faisait le retour dans son service. » (Cadre de santé-E.2).

Par ailleurs, les temps d'échanges « oraux » formalisés lors de **réunions** étaient perçus comme un levier par 6 professionnels des équipes hospitalières. La difficulté à organiser ces réunions était présente dans le discours de certains interviewés comme un élément freinant l'avancement des actions de gestion des risques. En revanche, au sein d'établissements de petite taille (E.3 et E.4), la **communication orale informelle** a été reconnue comme un levier effectif dans la mise en œuvre et l'avancement des actions de gestion des risques.

### **La lourdeur et la complexité des procédures**

---

Sur 71 sujets interrogés, 23 évoquaient la lourdeur et la complexité des procédures comme un frein à la mise en œuvre et à l'avancement des actions de gestion des risques. L'aspect chronophage et la lourdeur administrative des actions étaient ressentis comme des défauts apparents de la qualité, notamment pour les soignants (10 médecins et 9 paramédicaux) comme en témoignent les extraits d'entretiens suivants :

« Je ne sais pas, j'ai fait ça une fois, j'ai participé à des protocoles... J'ai vu la lourdeur des procédures... Et puis après, ça a été la traque, au point que j'ai été obligé de me casser. Je fais actuellement un travail, l'identito-vigilance, avec des suisses, mais c'est pas possible, j'ai deux méls par jour, tout ça pour rentrer dans des cases informatiques. A un moment, on a envie d'avoir la paix et pour avoir la paix, on fait n'importe quoi. » (Médecin-E.1) ;

« Un papier à mettre dans le dossier. Moi, ça fait six mois que j'en ai parlé à mes confrères, il est collé au mur et personne ne le fait. Car bon, on met un quart d'heure pour faire le geste médical, et après on va mettre encore un quart d'heure pour remplir les papiers. [...] Pour un cathéter, on a un papier comme ça à remplir, il y a des cases de partout ! Simplification des procédures, de la saisie des données, et puis la restitution, il ne faut pas que ce soit encore une fois une usine à gaz. Ça, c'est vrai que les gens parfois le perçoivent plutôt comme ça. » (Médecin-E.4) ;

*« Oui, c'est aussi une feuille supplémentaire, à mon avis ce n'est pas d'ajouter des papiers qui feront qu'il y aura moins d'infections nosocomiales. Je comprends les concepteurs de tout cela, les personnes qui travaillent à l'hygiène, je ne sais pas si c'est une façon d'ouvrir le parapluie en disant : oui, mais bon nous on avait tout prévu... Ce n'est pas une bonne façon à mon avis de limiter les infections nosocomiales. » (IDE-E.2).*

Au regard de ces verbatims, le discours des soignants remettait en cause la question de la traçabilité excessive dont ils ne percevaient ni le sens ni l'utilité. Bien que seulement 4 institutionnels sur 25 ont signalé ce frein, les entretiens réalisés avec les institutionnels témoignaient d'une réelle prise de conscience de ce ressenti de la part des praticiens de la qualité (médecins, paramédicaux).

*« On a très souvent des remarques des soignants qui trouvent que ce qu'on met en place est trop compliqué pour eux, les médecins c'est pareil, surtout les médecins. Ils trouvent que c'est trop compliqué, des usines à gaz, et « quand est-ce qu'on aura du temps pour être avec nos patients ? » (Directrice qualité-E.2) ;*

*« Vous comprendrez après ça que les gens veulent bien faire, mais si c'est pour encore avoir des procédures complexes qui font perdre du temps et sont chronophages. » (PCME-E.5).*

Ainsi, le discours des interviewés attestait de l'importance de construire et de proposer des outils simples et faciles à utiliser.

### ➤ Des outils plus ergonomiques

Les extraits d'entretiens qui suivent témoignent de la volonté des soignants d'avoir des outils et des procédures simplifiés.

*« Effectivement lorsque l'on travaille secteur par secteur, le signalement on se demande qui le fait, si on dit que c'est chaque soignant qui observe, qui doit aller se connecter sur intranet, renseigner sa fiche de déclaration et perdre un quart d'heure à chaque veinite, ça ne se fera pas. Si on dit que l'on met un petit mot sur le bureau du cadre et tous les vendredis, le cadre fait remonter les signalements, c'est jouable. Il faut que ce soit pratique pour le soignant. » (DSI-E.1) ;*

*« Mais il faut quand même simplifier au maximum les papiers, parce que là ça peut être contre-productif. Les gens déjà ne voient pas trop l'utilité, si on leur met des tas de papiers ça va être une catastrophe. Chaque fois que l'on doit signaler un événement porteur de risque, c'est une catastrophe, le remplissage des dossiers via l'informatique, c'est une horreur. C'est complexe, c'est ridicule. » (Médecin2-E.4) ;*

*« Et puis on a fait aussi des petites fiches appelées pense-pas-bête, avec des rappels et des généralités sur les cathéters, on a fait ça aussi sur la prise en charge de la douleur, je suis en train d'en faire un sur les antalgiques, ça forme à la longue un petit carnet infirmier. Ce sont des petits outils, vous voyez, originaux, un peu ludique, qu'on distribue, qu'on corrige... Là je sais que c'est toujours en cours d'amélioration, on corrige... Des petites choses comme ça sont mises en place, pour dynamiser tout le monde. » (Cadre de santé-E.5) ;*



« Je pense qu'il y a des protocoles qui pourraient être simplifiés pour moi. Pour en venir au vif du sujet, puisque c'est le protocole de la pose du cathéter, le dernier changement est relatif à la mise en place... De nouveaux documents qui nous laissent vraiment perplexes. » (IDE-E.2) ;

« La simplicité. Globalement, que ce soit en médecine ou ailleurs, c'est le manque de temps qui fait tout ; pourquoi les gens ne répondent pas aux sondages ou ne participent pas à des choses, c'est parce qu'ils veulent faire autre chose. Alors que si on a une technique simple et rapide pour faire la déclaration, puisque bien souvent, même pour la pharmacovigilance, on commence à déclarer un événement indésirable d'un médicament, et souvent on s'embarque après avec des feuilles, des documents, et c'est vrai que lorsqu'on a que ça à faire, pourquoi pas ? On peut prendre dix minutes, etc., mais quand on passe la journée à courir parce que les patients ne sont pas stables... Médecins, infirmières, peu importe, même les aides soignants, à un moment donné ils sont bien débordés, on est tous débordés. Donc la simplicité de réalisation, d'action et de déclaration, oui, mais bien souvent on se retrouve avec des questionnaires à 20 questions, avec ci, ça, c'est intéressant mais il faut avoir le temps. » (Médecin-E.2).

### Le défaut d'élaboration de solutions

---

Onze professionnels (5 paramédicaux, 3 médecins et 3 institutionnels) indiquaient le manque d'élaboration de solutions comme un frein à l'avancement des actions de gestion des risques. En effet, les professionnels ont souvent le sentiment d'être engagé dans des démarches très bureaucratisées qui n'aboutissent pas à des actions correctives concrètes pour l'amélioration des pratiques. Les extraits d'entretiens suivants sont assez révélateurs d'un essoufflement des équipes soignantes pour les projets dont les retombées restent abstraites.

« Oui, je pense que c'est ça qui peut freiner. On ne nous met pas en place d'autres choses pour amener d'autres solutions, essayer de trouver des réponses. » (IDE-E.5) ;

« Ça décourage, ça ne donne pas envie de refaire une fiche. On fait une fiche parce que vous pensez qu'il y a un résultat. Donc petit à petit, vous allez plutôt en parler que de faire une fiche tout en sachant que ça n'apportera pas forcément une solution. » (Médecin-E.3) ;

« Je n'ai pas le sentiment que l'équipe veuille avancer. Je pense qu'ils ont le sentiment de faire suffisamment d'effort, et de n'avoir vu rien changer. » (Cadre de santé-E.1) ;

« Un groupe de travail a proposé des protocoles, il y a eu des préconisations qui ont été faites, mais ces préconisations ne sont pas allées jusqu'au bout, c'est-à-dire que de la préconisation à la mise en pratique, c'est là où les choses s'arrêtent ? » (PCME-E.1).

Comme le soulignait ce coordonnateur de la gestion des risques, l'implication des soignants et leur volonté de participation est indissociable de la perception de l'utilité pratique des projets de qualité : « Après, ce qui peut être un frein c'est de faire une analyse et que les résultats derrière ne soient pas visibles, pas de retours d'information ou de retours concrets en terme d'actions mises en place. A l'inverse, s'ils voient tout de suite les actions mises en place, ça peut les motiver à participer encore plus. » (CGDR-E.1).

En miroir à ce frein, la mise en œuvre d'actions utiles et efficaces était un levier à l'avancement des actions pour 14 sujets interrogés, notamment pour les acteurs institutionnels et les équipes paramédicales. A ce titre, les institutionnels étaient conscients des problématiques des soignants et des améliorations nécessaires pour faciliter l'adhésion des équipes.

### ➤ Des actions utiles et efficaces

« Ce qui fera que les personnes seront intéressées, c'est lorsque l'on arrive à organiser les choses et que les actions améliorent vraiment les pratiques. Il n'y a pas d'autres solutions. » (Directeur qualité-E.1) ;

« Si on veut que ça vive, il faut qu'on y trouve un intérêt dans son quotidien. Sinon, ça reste dans les livres. » (Directrice-E.4) ;

« Je leur dis toujours : ne faisons pas pour faire joli parce que c'est dans l'air du temps, faisons aussi pour nous rendre service. Toutes les actions doivent avoir une utilité. C'est quelque chose de très important. » (Directeur-E.3) ;

« Je crois que toute contrainte est acceptable si elle n'est pas excessive, et si elle débouche sur quelque chose d'un point de vue pratique et sur la sécurité, et ça me paraît essentiel. » (Médecin-E.4) ;

« Il faudrait qu'il y ait des choses où on sente le côté pratique. Pas que de la théorie. » (IDE-E.3) ;

« Oui, c'est toute la difficulté : donner du sens à des actions et des projets pour faire adhérer nos équipes. Et on doit le faire auprès d'équipes qui sont prises par leur quotidien et doit les amener à réfléchir sur leurs pratiques. » (Cadre de santé-E.2).

### Le manque d'adéquation entre les objectifs des actions et les problématiques de terrain

---

Ce frein a été repéré par 9 professionnels (4 institutionnels, 4 paramédicaux et 1 médecin). Le fossé existant entre la vision théorique et l'application pratique au sein des unités de soins était perçu comme un élément freinant autant par les « gestionnaires » que par les « soignants ». Les extraits de verbatims suivants soulignent que les acteurs institutionnels n'ignoraient pas cette réalité.

« Ce qui est sûr, c'est que je pense que l'on a parfois des gestionnaires de risques qui sont trop dans la théorie et c'est insupportable et donc face à ce réflexe-là, il y a un phénomène de rejet qui va être naturel. » (Directrice qualité-E.5) ;

« On se cible souvent des objectifs qui ne sont pas à notre portée. Je trouve que parfois on choisit des objectifs plus pour faire bien sur le papier que correspondants aux véritables besoins. » (Directeur-E.3) ;

« De toute façon, d'entrée, c'est toujours perçu comme une décision administrative supplémentaire, une décision d'un décideur qui ne connaît pas le terrain. Ce qui peut s'avérer vrai de temps en temps pour certaines. » (Directrice-E.5) ;

*« Sur un établissement de notre taille, on ne peut pas être parfait sur tout, donc il faut prioriser car sinon on va noyer les professionnels et parfois je trouve que l'on n'a pas les outils. Il n'y a pas toujours de connexion avec les contraintes du terrain. [...] Donc ça nécessite de la part de l'équipe qualité de prendre du recul par rapport aux textes, de bien connaître le terrain et c'est vrai que vu la taille de l'établissement, ils ne peuvent pas connaître tout ça. » (Directeur-E.2).*

Pour illustrer ce frein, le personnel paramédical se référait notamment à la rigidité des protocoles, difficiles à appliquer :

*« Tous les protocoles, pour la plupart en hygiène, c'est très beau en terme théorique, mais en terme de pratique, c'est infaisable... Ou plutôt ce n'est pas évident à faire. Ce n'est pas forcément adapté à notre contexte, etc. » (IDE1-E.2) ;*

*« Il y a quelque part une légitimité des décideurs qui n'est pas reconnue. Vous mettez en place une procédure qui a été décidée par des gens qui ne sont pas reconnus comme étant experts, le soignant a beaucoup de mal à les appliquer. » (Cadre de santé-E.1).*

La déconnexion entre les véritables problématiques de terrain et les actions mises en œuvre était récurrente dans les discussions informelles avec les soignants. L'exemple de l'action de réduction du risque infectieux sur le cathéter veineux périphérique témoigne de ces situations d'incompréhension des soignants, confrontés à d'autres difficultés plus prioritaires selon eux :

*« C'est le manque de concertation, c'est d'avoir des actions où on se demande ce que ça vient faire et par contre s'il n'y a pas de problématiques derrière, n'allons pas les créer. Je crois qu'il y a des problématiques que l'on peut ne pas voir donc c'est important d'être vigilants. Mais si on commence à dire aux infirmières, aujourd'hui, ça va être la sonde urinaire, demain le cathéter... On va les noyer de protocoles et à l'arrivée l'efficacité de tout ça sera nulle. S'il y a un problème, traitons-le et là nous serons utiles. Ceux qui vont faire remonter les problèmes ce sont ceux qui font les gestes pas ceux qui regardent de loin. » (Médecin-E.2).*

Bien que seuls trois interviewés aient mentionné ce facteur, notons qu'un moyen d'atténuer ce fossé entre les « théoriciens de la gestion des risques » et ceux qui l'appliquent seraient de considérer les problématiques des unités de soins dans la construction des actions. L'implication des professionnels de terrain dans la réflexion des actions permettrait de rendre ces dernières réalisables.

Pour cela, les professionnels ont exprimé les deux leviers suivants :

➤ **Actions émanant d'une réflexion de terrain**

« Pour moi, une action efficace part d'une réflexion locale, d'une observation et d'une nécessité à changer une pratique. » (Chef de service-E.1) ;

« Oui, c'est sûr que quand ça vient d'en-bas, les filles demandent des choses concrètes, et on leur répond par du concret. Après, quand c'est des choses qui viennent d'en-haut, c'est parfois des choses de l'ordre des statistiques, là c'est sûr que, ne serait-ce que psychologiquement, les gens sont moins motivés quand c'est des actions à mener au niveau de la sécurité, de la qualité, que pour des actions qui sont concrètes, qui concernent le patient, le soin du patient. Et puis le confort du travail du personnel. » (Médecin-E.4).

➤ **Représentativité de chaque catégorie professionnelle**

« J'ai participé à un protocole, donc du coup, c'est plus facile d'adhérer dans le service, déjà parce que j'étais là pour le protocole, du coup j'essaie de motiver mes collègues. » (IDE-E.2) ;

« On s'adresse à des médecins, il faut que les médecins participent à l'élaboration du projet, et l'élaboration des différentes phases de ce projet, si c'est un projet dont la cible est les paramédicaux, il faut que ce soit élaboré par des paramédicaux. Il faut que ce soit les professionnels d'une catégorie qui s'adressent aux professionnels d'une même catégorie. Si c'est les médecins qui s'adressent aux soignants et qu'il n'y a pas de relais par un personnel infirmier, à ce moment-là ce n'est pas toujours bien vécu. Le mot est peut-être pas tout à fait juste, mais en tout cas chaque catégorie doit avoir son représentant dans l'élaboration d'une politique de gestion des risques. » (PCME-E.2).

 **La planification dans l'urgence, une réelle difficulté pour le personnel paramédical**

Ce frein figurait uniquement dans le discours du personnel paramédical. Dans leur quotidien, le facteur temps est important, et la mise en œuvre dans l'urgence ne facilitait pas leur motivation à s'engager. Les unités de soins étaient souvent informées tardivement de la planification d'une action. De ce fait, ces projets faisaient l'objet d'une perception contraignante, tel qu'en témoignent les extraits d'entretiens suivants :

« En fait, c'est toujours un peu au dernier moment. » (IDE-E.3) ;

« Il y a des choses qui doivent être imposées, ce n'est pas ça qui me gêne, c'est l'anticipation plutôt car quand beaucoup de choses arrivent en même temps, c'est difficile d'extraire les équipes du quotidien et donc les choses se font de manière précipitée. » (Cadre de santé1-E.2) ;

« On travaille continuellement avec des gens pressés qui sont dans l'urgence et c'est frustrant. Là pour cette enquête, lorsque j'ai eu ce document, je me suis demandée comment j'allais faire derrière pour que tout le monde soit informé en si peu de temps et comment je fais pour savoir si elles le mettent correctement en place. » (Cadre de santé2-E.2).

Certains facteurs facilitants identifiés par les professionnels peuvent être considérés comme des leviers d'amélioration de ce problème de planification et de mise en œuvre précipitée des actions dans les unités de soins. *La formalisation des actions mises en œuvre et leur suivi, l'implication volontaire des unités de soins et l'octroi de temps nécessaire aux professionnels afin qu'ils s'approprient les démarches* favoriseraient la mise en place et l'avancement des actions.

➤ **La formalisation de la démarche et le suivi des actions**

« M. m'a fait tout un laïus au niveau de la gestion des projets, des plans d'actions 2013, je trouve que c'est bien fait ça, on a des échéances, je fais le tableau des EPP, il faut des piqures de rappel sans arrêt, et des chefs de projets qui suivent les missions. [...] Quand quelqu'un lance une action qui est bien sûr validée par la cellule qualité/risque, il faut que quelqu'un ait des comptes à rendre après. [...] Auprès des professionnels c'est le basique. Il faut que lui-même ait un plan d'action sur le terrain. Les chefs de projet, il faut les nommer. [...] Là, on a un document de travail, mais si ça reste juste un document et que derrière il n'y a pas de suivi, c'est très chronophage. » (Directrice-E.3) ;

« Déjà, il faudrait une coordination entre tout ce personnel parce que j'ai l'impression que chacun fait son petit truc et on n'est pas tous en accord. Je pense que c'est important d'aller tous dans le même sens. [...] Il faudrait qu'il y ait un suivi... ça change tout le temps. » (IDE-E.3).

➤ **L'implication volontaire des unités de soins**

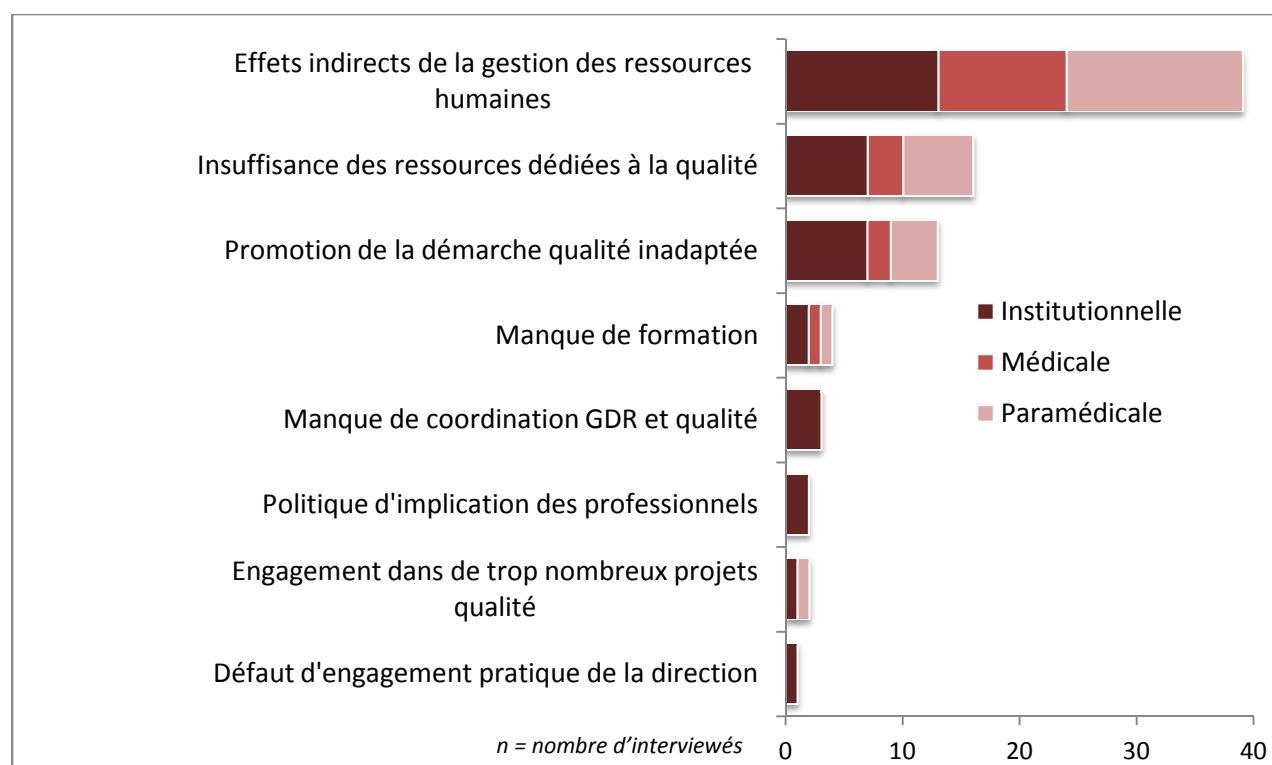
« La motivation. Cela a été proposé, on a eu du temps pour réfléchir chacun, et c'est celui qui voulait qui y allait. C'était proposé plutôt qu'imposé. Et du coup les gens sont plus motivés. » (DSI-E.3).

➤ **Laisser le temps aux professionnels de s'approprier la démarche**

« Quand on veut mettre ces démarches en place, il faut être très modeste, très humble, et puis laisser le temps aux gens de s'approprier les choses. L'appropriation est indispensable. » (Directeur qualité-E.3).

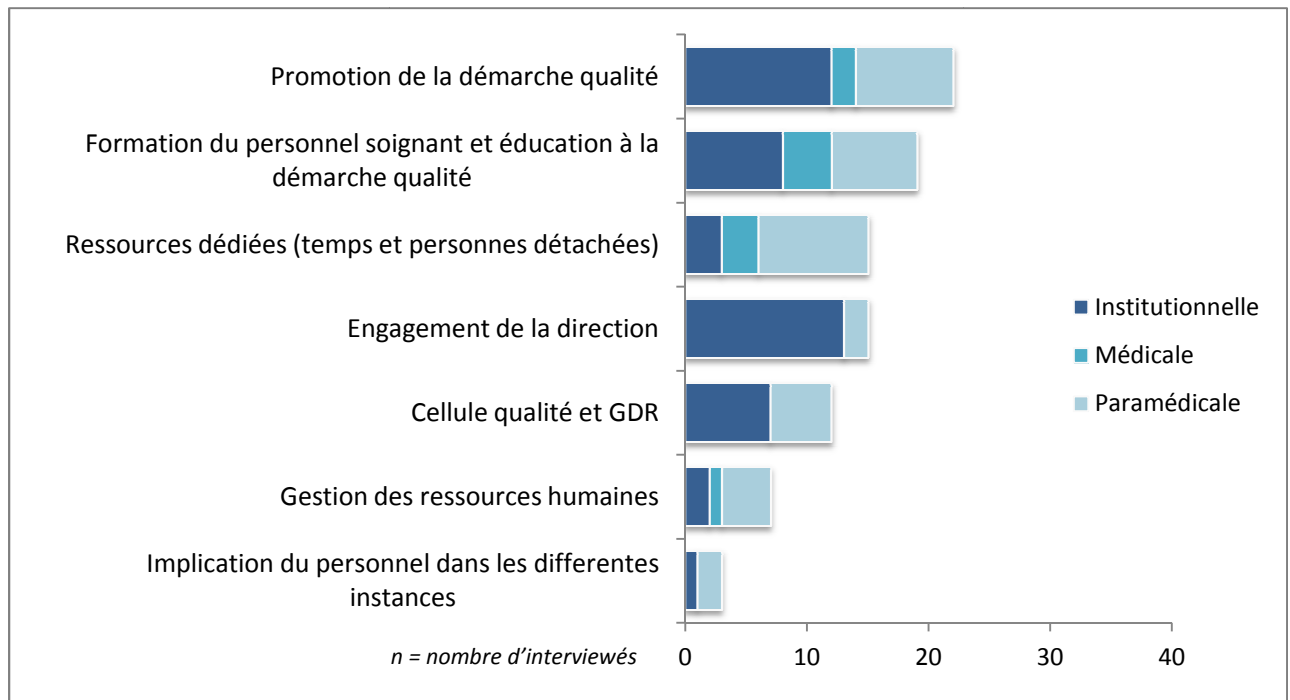
## Les freins et les leviers liés au soutien institutionnel

L'analyse thématique des données a identifié **8 facteurs freinants** et **7 facteurs facilitants** en lien avec le soutien institutionnel.



**Figure 4.** Fréquence des freins liés au soutien institutionnel, cités par les trois types d'équipe hospitalière

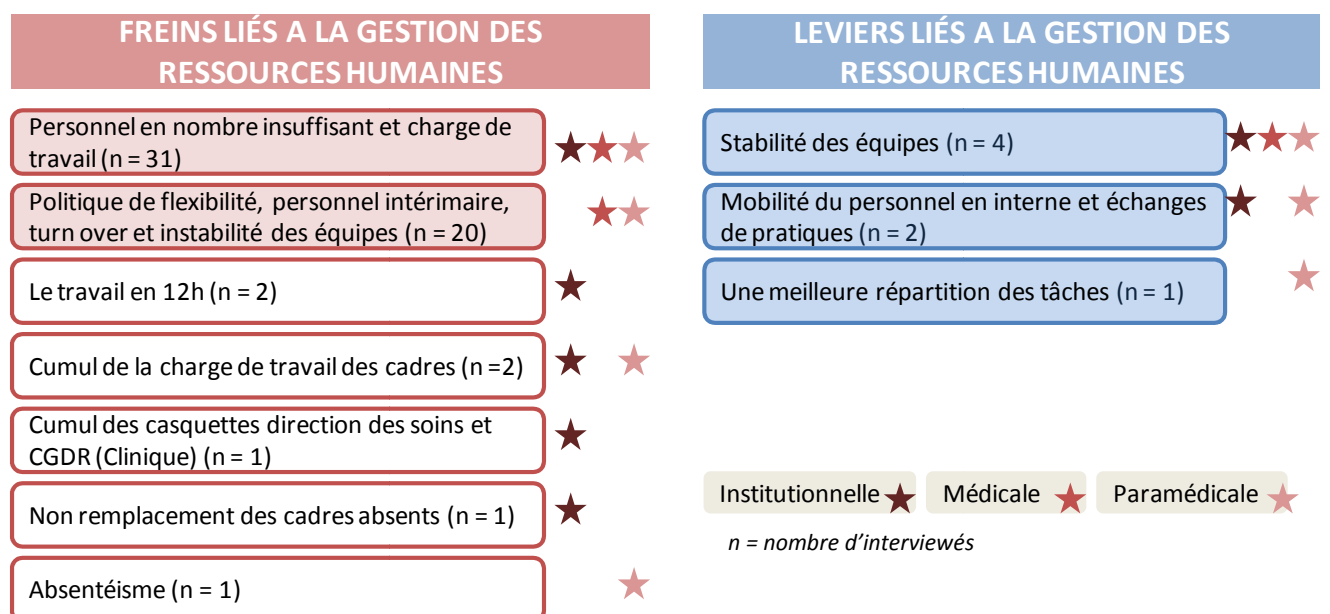
Les principaux facteurs perçus par plus de la moitié des professionnels (n = 39) comme délétères à la mise en œuvre et à l'avancement des projets de qualité et de gestion des risques concernaient des effets indirects de la gestion des ressources humaines, l'insuffisance des ressources dédiées à la qualité (n = 16) et une promotion de la qualité inadaptée (n = 13).



**Figure 5.** Fréquence des leviers liés au soutien institutionnel, cités par les trois types d'équipe hospitalière

L'analyse thématique des entretiens a révélé un grand nombre de leviers, qui constituaient pour certains des solutions au regard des freins évoqués.

### 🔍 Les effets indirects de la gestion des ressources humaines



**Schéma 10.** Les freins et leviers liés à la gestion des ressources humaines cités par les trois types d'équipe hospitalière



Les effets indirects de la gestion des ressources humaines étaient présents dans le discours des trois équipes hospitalières (13 institutionnels ; 11 médecins ; 15 professionnels paramédicaux) au travers de plusieurs facteurs freinant et facilitant.

Trente et un professionnels ont évoqué **la charge de travail en lien avec un personnel soignant en nombre insuffisant**. Le discours du personnel infirmier et médical témoignait d'une certaine saturation en lien avec l'impossibilité de trouver des espaces temps pour participer à l'ensemble de ces activités transversales qui n'étaient pas toujours perçues comme prioritaires. Ces extraits d'entretiens avec des soignants rendent compte de la surcharge de travail perçue comme un élément freinant :

*« C'est à dire qu' il y a tellement de choses à faire dans différents domaines, que ce soit le CLUD, le CLIN, le CLAN, ça demande du temps, et du temps on n'en a pas trop non plus, vous voyez aujourd'hui je devais être détachée, je ne le suis pas parce que je remplace l'infirmière qui n'a pas pu venir, eh bien ça met un frein, vous voyez... Ce genre de petites choses peuvent mettre des freins, mais c'est sûr que parfois on manque de temps. On ne peut pas tout faire comme on le voudrait non plus, car le calendrier malheureusement... on n'arrive pas toujours à respecter le calendrier prévisionnel. Je pense que c'est propre à tout établissement, petit ou grand, parce que si vous avez un petit établissement il y a moins de personnel, donc voilà. » (IDE-E.5) ;*

*« Réceptif oui, mais c'est un manque de temps et de disponibilité. Le personnel paramédical est toujours en nombre insuffisant et c'est difficile de leurs demander de consacrer plus de temps. » (Médecin1-E.5) ;*

*« L'activité fait qu'on travaille la tête dans le guidon... La charge de travail, voilà. On court, plusieurs fois on se dit : tiens, ça il faudrait que je le signale, que je vois la cadre parce que je ne voudrais pas que ça se reproduise, mais en fait on est tellement pris dans nos soins, dans tout ce qu'on a à faire que x fois on rentre et on se rappelle tout ce qu'on n'a pas dit. On est quand même bien embringué dans le soin proprement dit et dans l'activité auprès des malades. On a beaucoup de soins, beaucoup d'injections, beaucoup de poses de pansements, de drainage... Déjà les soins qui sont prescrits, organisés, certains matins on se dit que cela fait beaucoup de choses, à cela s'ajoutent des interruptions constantes et des imprévus, et donc ce sentiment de travailler tout le temps au pas de course en regardant la montre, sachant qu'on a des soins qui doivent être faits aux heures précises, l'insuline au moment du repas... Ce stress permanent fait qu'il n'y a pas vraiment de temps de communication. » (IDE-E.2).*

Ces activités n'étaient pas toujours bien vécues par les équipes soignantes, notamment paramédicales car elles prenaient sur le temps passé auprès du patient.

*« Les infirmières ne vivent pas très bien tous ces trucs-là parce que déjà c'est une charge de travail en plus. » (Médecin-E.3) ;*

*« La charge de travail déjà, qui fait que par moment on a le temps de chercher des actions, et de mettre en place des choses, mais il y a des fois où on va aller à l'essentiel, et pour moi l'essentiel c'est le patient. » (IDE-E.4).*



Une cadre de santé faisait une analyse intéressante des effets pervers de ce manque de disponibilité des équipes soignantes pour se consacrer aux actions de gestion des risques. Le manque de temps impacterait d'abord sur la motivation des équipes. Le changement nécessiterait du temps et ce temps leur fait défaut. La seconde conséquence du manque de disponibilité des équipes serait l'enclavement de la qualité et de la gestion des risques qui viendrait accroître le cloisonnement entre les équipes administratives qui ont du temps dédié pour penser et mettre en œuvre ces activités et les soignants qui doivent à terme intégrer à leur pratique ce qui a été impulsé par une équipe déconnectée du terrain.

*« [...] Prendre du temps pour réfléchir sur nos pratiques en terme de qualité des soins, de sécurité des soins, et voir ce qu'on peut améliorer, tout le monde est dans la demande. Y compris les soignants. [...] Mais concrètement, on n'a pas le temps de le faire, et je ne vois pas comment on aura le temps dans les mois et les années à venir. Ce qui explique d'ailleurs ce que j'ai critiqué tout à l'heure sur le cloisonnement, il s'explique par ça, parce que ce travail de terrain il ne peut pas être fait par le terrain, donc par défaut, petit à petit, il s'est cloisonné à côté. L'explication est relativement simple : on n'a pas voulu forcément le cloisonner, mais comme à un moment il a fallu répondre à certaines obligations et qu'on n'a pas pu aller chercher sur le terrain des personnes, eh bien on a constitué des groupes à côté. On en arrive à des situations avec des décideurs qui ne sont pas forcément du terrain, avec des décideurs, même s'ils sont de terrain, qui ne sont pas au clair avec la vraie activité des services, et qui pondent des tas de procédures et qu'on reçoit après en disant : pffff... Mais ça s'explique aussi par ça, parce que ce travail de fond qui est très enrichissant et très intéressant pour les équipes, on n'a pas le temps de le faire. » (Cadre de santé-E.1).*

Les institutionnels interrogés étaient conscients de ce frein. L'organisation des soins à flux tendu rendrait difficile l'intégration de ces activités dans la configuration existante des unités de soins.

*« Ce que je vous disais et il y a aussi le fait que quand on parle de ce genre d'actions, on arrive toujours « en plus » et il y a toujours la charge de travail qui fait qu'ils nous répondent qu'ils n'auront pas le temps. » (Directeur qualité-E.1) ;*

*« Et par moment, on peut être convaincu du bien fondé d'une action et ne pas avoir les moyens de la mener immédiatement, pour des problèmes de moyens financiers ou humains. » (Directeur-E.4) ;*

*« Mais après c'est compliqué, ça veut dire que ça va prendre du temps aux infirmières, à nous aussi, donc il faut la disponibilité des infirmières qu'elles n'ont pas parce qu'elles sont surchargées de tâches administratives qui à mon avis sont en partie stériles, etc. C'est l'organisation des soins qui se fait de plus en plus comme ça, parce qu'elle part de systèmes référents qui ont été des systèmes canadiens, américains, qui sont des systèmes riches, et puis nous on n'est pas riche, on n'est pas nombreux, les infirmières sont là avec les soins, elles sont là, et puis il y a les familles, et tout ça. » (PCME-E.5).*

Un grand nombre d'interviewés mettaient en relation la surcharge de travail avec la nécessité de mettre en œuvre des actions pratiques et de construire des outils simplifiés et ergonomiques. C'était un des leviers évoqués dans la conduite des projets qualité.

Par ailleurs, **la politique de flexibilité avec le turn over et l'instabilité des équipes** ont été identifiées comme des freins par 20 professionnels (9 paramédicaux, 6 médicaux et 5 institutionnels). Les statuts d'intérimaires et les temps partiels rendraient difficile une participation continue des professionnels au projet comme l'illustrent les extraits d'entretiens suivants :

*« C'est sûr qu'il y a ce problème aussi, on a trois infirmières à temps partiel. Lorsque je suis arrivée, on était tous à temps plein. Donc, c'est certain que pour suivre l'évolution, c'est difficile. » (IDE-E.2) ;*

*« Au sein du service, quand il y a des audits, en principe tout le monde y participe. Lorsque l'on fonctionne avec beaucoup de remplaçants ou d'intérim, ça peut freiner les audits parce qu'en principe, c'est le personnel fixe qui y participe. Le fait de travailler avec des gens que l'on connaît bien, ça coule plus vite alors qu'avec du personnel qui n'a pas l'habitude, ça peut freiner. » (Cadre de santé-E.4).*

Certains professionnels rencontrés en entretien soulignaient le paradoxe entre la précarité statutaire et la demande d'investissement dans « l'institution de passage ».

*« Certains ne sont pas en situation stable, ils n'ont plus de statut de fonctionnaire, donc est-ce qu'ils ont envie de s'investir dans des projets, des actions ? Je ne pense pas. » (IDE1-E.1) ;*

*« Sur la sécurité des soins, je ne pense pas que ça y joue, mais pour le moral et l'implication peut-être, parce que je sais que dans notre service il y a beaucoup de personnes qui sont contractuelles, donc en état de précarité parce qu'elles ne savent pas au bout de six mois si elles vont signer le contrat. Donc au niveau de l'implication et de la motivation dans notre service ça joue. » (IDE3-E.1).*

Certains interviewés soulignaient le manque d'homogénéité des protocoles et des pratiques d'un établissement à l'autre. De fait, le turn over du personnel provoquerait l'instabilité des équipes dont les pratiques et les modèles de référence seraient hétérogènes. Cela fragiliserait la relation de confiance et la dynamique des équipes. La mobilité permanente des professionnels suppose alors un temps de socialisation et d'appropriation de la culture de sécurité de l'établissement.

*« [...] On fait beaucoup appel aux intérimaires et il est clair que ce personnel n'est pas forcément à même de posséder des actions et des préoccupations au sein de la clinique. Et cet écueil est difficile à éviter. [...] Oui, car elles arrivent comme ça et ne sont pas à mêmes d'être au courant des préoccupations de la clinique et finalement on ne peut pas dire cela de tout le personnel intérimaire, certains sont excellent mais certains n'ont pas la culture de sécurité prioritaire instaurée par l'établissement. » (Médecin-E.5) ;*

*« Oui, il y a une réflexion et puis elle passe. Là aussi, ce que j'ai oublié comme frein ; c'est la mobilité des personnes. Pour moi c'est contraire à une culture de service. C'est épuisant parce que ça bouge trop, car on aimerait qu'il y ait du vécu. » (Médecin-E.1).*

Les extraits d'entretiens qui suivent témoignent de la similarité des perceptions des soignants et des institutionnels sur cette question.

« Oh oui parce que ça a été un facteur d'épuisement des équipes parce qu'on est toujours en train de former des nouveaux. Et ça a été une limite à la culture d'équipe parce que pour qu'une équipe arrive à travailler dans la solidarité, il faut qu'elle ait un minimum de stabilité qui apporte la confiance en l'autre. » (CGDR-E.1) ;

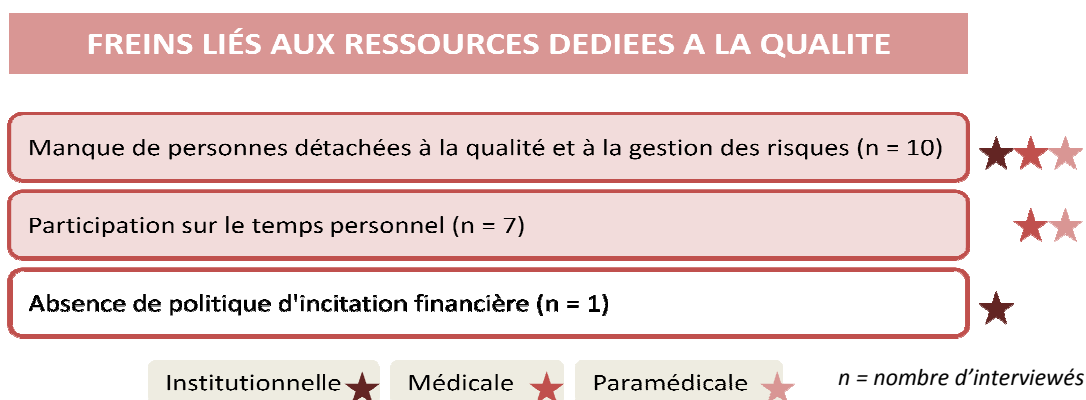
« Mais il y a aussi un turnover, donc ce n'est jamais gagné. C'est quelque chose qui peut faire dérapier très rapidement la culture qualité. » (Directeur qualité-E.3) ;

« Ce qui peut être un frein, c'est le renouvellement du personnel. Pourquoi ? Parce que le tutorat ne peut pas se faire, étant donné que le personnel travaille tout seul dans son service, il va être doublé pendant 24, 48 heures ou 3 jours, et cette durée n'est pas suffisante pour assimiler le mode de fonctionnement et les obligations qu'on doit avoir. » (PCME-E.3).

**Le travail en 12h** était également un facteur repéré comme freinant par deux institutionnels. Si ce mode d'organisation présente l'avantage pour les professionnels de concentrer leur temps de travail, il produit une discontinuité dans la participation à des activités transversales. Le professionnel est présent à l'hôpital 12 jours toutes les 4 semaines au lieu de 20 jours avec un rythme en 7 heures, ce qui peut ralentir l'avancement des actions de gestion des risques.

« Ce qui peut freiner les horaires de travail en 12h. Les gens sont là et puis après pendant 4 jours ils ne sont pas là et donc le suivi des actions est compliqué. On peut plus facilement travailler avec les gens qui sont là tous les jours. Et on ne peut pas faire venir les gens sur les repos. » (Directeur qualité-E.5).

## Les ressources dédiées à la qualité



**Schéma 11.** Les freins liés aux ressources dédiées à la qualité cités par les trois types d'équipe hospitalière

Le manque de ressources dédiées à la qualité était un facteur récurrent dans le discours des professionnels. Il a été identifié comme un facteur freinant (n = 16) et aussi comme un facteur facilitant la mise en œuvre et l'avancement des actions qualité et de gestion des risques (n = 15). Ce facteur était principalement évoqué par les institutionnels et le personnel paramédical. Si les institutionnels étaient plus nombreux à le verbaliser comme un frein, les professionnels paramédicaux l'ont majoritairement cité comme un levier.

L'analyse du discours a mis surtout en exergue **le manque de personnes détachées à la qualité et à la gestion des risques** (n = 10) et **la participation des professionnels aux activités de gestion des risques sur leur temps personnel** (n = 7) comme éléments freinant l'avancement des actions de gestion des risques.

Les professionnels décrivaient des équipes qualité insuffisamment dotées, des temps de travail dédiés insuffisants en lien notamment avec la multiplicité des responsabilités, des départs de professionnels qui ne s'accompagnent pas toujours de remplacement, l'absence ou la mise en place difficile des correspondants qualité dans les unités de soins.

Les petits établissements privés souffraient en particulier du manque de personnes détachées à ces activités. Les cellules qualité n'existaient pas vraiment et n'étaient pas structurées comme dans les centres hospitaliers. A titre d'exemple, au sein des établissements 3 et 5, des professionnels avaient la double responsabilité de directeur des soins et de coordonnateur de gestion des risques. Aussi, le coordonnateur de gestion des risques de l'établissement 2 était un médecin qui n'avait que très peu de temps dédié pour cette activité. Enfin, afin d'assurer la mise en œuvre dans les services, un grand nombre d'activités était délégué aux cadres de santé qui en fonction de la taille de l'établissement avaient aussi plus ou moins de temps dédié à ces activités. Ces deux extraits d'entretien témoignent de ce manque de ressources humaines dédiées à la qualité et à la gestion des risques :

*« Je vais vous prendre le cas de nous cadres et infirmières hygiénistes, comme je vous l'ai dit, on ne s'est jamais dédié du temps chaque jour pour l'audit. A chaque fois qu'on se le dédiait, il y avait toujours un événement imprévu qui faisait que l'on ne pouvait pas. Par exemple, on voulait évaluer les manipulations sur lignes veineuses, et en fait il y avait un arrêt de travail à gérer ou une infirmière qui venait pour un entretien. » (Cadre de santé-E.3) ;*

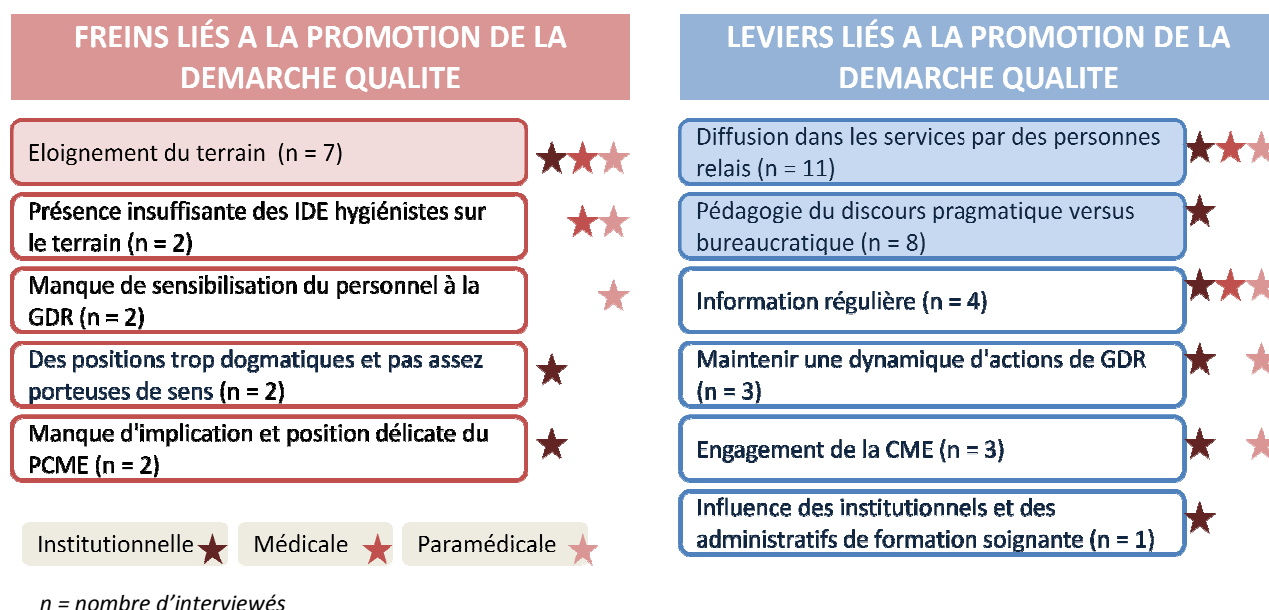
*« Historiquement, quand je suis arrivée en 2005, j'avais une infirmière détachée pour faire du travail d'infirmière hygiéniste. Elle en a eu marre. C'était des heures que pourtant elle récupérait. Bref. C'était bien, parce qu'elle avançait. C'est comme P., qui a du temps dédié à la douleur. Mais il n'y a pas de personne détachée proprement dite. En période d'audit, je fais quelque fois venir des gens de l'EOHH sur leur temps de repos qu'ils récupèrent, mais ce n'est pas systématique. » (DSI-CGDR-E.5).*

Le troisième frein en lien avec le soutien institutionnel le plus cité par les professionnels interrogés concernait la promotion de la démarche qualité (n = 13). Ce facteur a été plus fréquemment évoqué comme un levier par les professionnels (n = 22).

## 🔍 La promotion de la démarche qualité

Les facteurs en lien avec la promotion de la démarche qualité étaient très présents dans le discours des institutionnels. La promotion de la démarche qualité suppose de communiquer la politique qualité de l'établissement afin d'en partager le sens avec l'ensemble des acteurs, de les fédérer autour des projets mis en oeuvre et de promouvoir la nécessité d'engagement des différents acteurs.

La figure ci-dessous présente les perceptions des professionnels de ces facteurs freinant et facilitant.



**Schéma 12.** Les freins et leviers liés à la promotion de la démarche qualité cités par les trois types d'équipe hospitalière

L'éloignement du terrain des gestionnaires des risques a été identifié par les professionnels comme un frein à la mise en œuvre et à l'avancement des projets de qualité. L'examen du discours traduisait un cloisonnement de ces deux univers soignants/administratifs qui complexifiait la communication.

« Le langage et la communication trop théoriques sur le sujet, le décalage vécu par les professionnels entre les concepts qui leurs sont présentés et leurs pratiques » (Directeur qualité-E.1) ;

« Les gens viennent mettre des choses en place, mais on n'est pas toujours au courant dans les services. Là, vous dites qu'il y a plein d'actions mises en place, mais c'est dans les bureaux. » (IDE-E.2) ;

« Ils ont été formatés dans un sens qui est très différent du nôtre. Comme on n'est pas formaté pareil, je ne comprends pas toujours. C'est comme ça, malheureusement. » (Médecin-E.2).

A ce titre, un des principaux leviers identifiés préconisait **un discours plus pédagogique et plus pragmatique**.

« Après il faut que ce soit porté par une dynamique institutionnelle mais je pense que c'est difficile à impulser totalement avec cette seule dynamique institutionnelle, puisque ça paraîtra toujours un peu théorique, décalé, général, etc., des méthodes qui ne parlent pas forcément. Car finalement on utilise des termes pour décrire des analyses a priori, des analyses a posteriori, des comités de retours d'expérience et des RMM..., à l'infirmière ou à l'aide-soignante de base ça ne lui parle pas. [...] Rendre le langage accessible et compréhensible, ne pas faire peur avec les concepts. » (Directeur-E.1) ;

« Moi, je pense que si on communique et que l'information circule bien, ça devrait aller mieux. Alors peut-être qu'il faut que l'on soit un peu plus pédagogue sur l'approche de la qualité dans les services pour qu'elle soit perçue de façon moins contraignante. » (Directeur des soins-E.1) ;

« C'est ça. Ça ne leur parle pas du tout et ça vient alimenter chez certains l'idée que la qualité est quelque chose de très bureaucratique, donc il faut absolument les intéresser par des actions concrètes. (Directeur qualité-E.1) ;

« On fait très attention à notre vocabulaire, qui est parfois très théorique pour eux. Quand on parle de processus, qu'on utilise les outils de la qualité, c'est vrai que ce n'est pas évident, donc je fais toujours très attention à ce que l'équipe s'exprime facilement, avec des termes simples aux professionnels. » (Directeur qualité-E.2) ;

« On n'est pas en train de vous mettre une contrainte supplémentaire, on est dans l'amélioration des soins et la qualité des soins, la sécurité des soins. [...] Si vous présentez toute la gestion des risques, non pas comme une contrainte, mais comme des outils de résolution des problèmes, et si vous le faites bien, ils trouvent cela génial. » (Directeur qualité-E.3).

**La diffusion dans les services par des personnes relais** était également un levier cité pour les professionnels notamment par les équipes institutionnelles et paramédicales. Ces derniers mettaient l'accent sur la présence et le soutien des hygiénistes dans les services, mais aussi sur le rôle des référents en hygiène ou des correspondants qualité pour promouvoir au niveau des équipes de soins les démarches de gestion des risques.

« L'équipe d'hygiène reste les empêcheurs de tourner en rond, qui viennent mettre leur grain de sable là où il ne faut pas. Ça a toujours été un peu comme ça, ça l'est peut-être moins aujourd'hui, mais c'est la perception qu'on en a ici. C'est un travail de fond de dire : non, l'équipe d'hygiène n'est pas là que pour venir vous dire : vous travaillez mal, mais surtout là pour vous dire : arrêtez de faire cela, ou en faisant ça vous faites mieux. Ils sont là pour améliorer les choses... Le référent hygiène, à mon sens, c'est quelqu'un qui doit être le relai entre la cellule hygiène et le service, pour faire remonter dans les services les informations, les évolutions et pour faire redescendre à l'équipe d'hygiène le terrain, les problèmes de terrain. » (Cadre de santé-E.1) ;

« Il faudrait peut être voir davantage les infirmières hygiénistes car elles ne viennent que lorsqu'elles font leurs audits mais après on ne les voit pas. Qu'elles soient présentes sur



*l'hôpital parce que je ne sais pas trop à quoi elles servent. Je ne sais pas qui sont ces personnes, je ne sais pas à quoi elles servent. » (IDE-E.1).*

D'autres facteurs revêtaient une certaine importance dans le discours des interviewés : la formation du personnel soignant, l'engagement de la direction et le fonctionnement des cellules qualité et de gestion des risques.

### **La formation du personnel soignant et l'éducation à la démarche qualité**

---

Ce facteur constituait le second levier le plus cité par les professionnels (n = 19), en particulier par les institutionnels (n = 8). Les professionnels reconnaissaient l'intérêt de la formation pour sensibiliser les soignants à la qualité et à la gestion des risques d'une part, mais aussi pour les inscrire dans une approche continue d'amélioration des soins en bénéficiant d'informations régulières sur les nouvelles pratiques.

*« Les facteurs facilitant, c'est l'implication des acteurs qui ont compris l'intérêt de la démarche. Effectivement, on est toujours dans la démarche éducative. Il y a ceux qui ont participé et qui ont été formés, et les autres. Ceux qui ont été formés, ils ont compris la démarche. » (PCME-E.1) ;*

*« En tant que coordinatrice des risques, j'estime que j'ai un rôle de formation auprès du personnel parce que dans la gestion des risques, ce qui est important c'est l'identification du risque et c'est la déclaration. C'est pourquoi j'ai fait une formation au personnel en expliquant ce qu'était la gestion des risques, pourquoi on analysait les événements indésirables et on mettait des plans d'action et comment on analysait leur efficacité. [...] Le DPC va être un autre levier. On a commencé à travailler là-dessus. Je m'occupe de toutes les formations internes. On a vu ce qui avait été fait en 2013 et on a vu que c'était acceptable. Pour le moment, on a pris en grand fil rouge l'identité patient. Ensuite on va aller vers la douleur, l'hygiène. » (CGDR-E.4).*

La formation permettrait de développer une prise de conscience de l'importance de la gestion des risques et de diffuser une culture de sécurité au sein des établissements.

*« L'appréhension de la chose, la culture doit s'acquérir, elle s'impose à nous thématiquement de plus en plus. On la subit de façon passive et l'ouverture d'esprit vient par la connaissance. Il faut développer le concept. » (Médecin-E.1).*

Le type de formations évoquées par les professionnels concernait autant des formations très spécifiques sur des problématiques d'hygiène, que des formations plus larges sur la gestion des risques. Le DPC (Développement Professionnel Continu), les journées d'études et de partage d'expériences (colloques, congrès etc.) ont été mises en exergue par les professionnels.

## L'engagement de la direction : un levier pour les institutionnels

---

L'engagement de la direction était présent dans le discours des interviewés avec plusieurs facteurs. Sur les 15 professionnels ayant évoqué cette catégorie de facteurs, 13 étaient des institutionnels. Ces facteurs constituaient des leviers à la mise en œuvre et l'avancement des actions de qualité et de gestion des risques. **La collaboration de la direction des soins et de la direction qualité** au sein des établissements ainsi que le **leadership de la direction des soins** étaient perçus comme facilitant la mise en œuvre et le bon déroulement des actions. Comme en témoignent les deux extraits d'entretiens suivants, le rôle de la direction des soins dans son activité rapprochée avec la direction qualité est de faciliter l'information descendante sur les démarches entreprises auprès de ses équipes soignantes. Aussi, elle optimise l'organisation de la mise en œuvre, et apporte un éclairage réaliste sur la faisabilité des projets selon les ressources humaines disponibles.

*« On a une bonne collaboration avec la direction des soins, c'est important de pouvoir travailler de concert, je participe à des réunions régulières avec la direction des soins, des réunions d'encadrement aussi où on présente des projets, où on explique pourquoi on s'engage dans telles démarches. » (Directrice qualité-E.2) ;*

*« L'objectif, c'est d'améliorer la qualité des soins. [...] Le travail avec la qualité, c'est un apport méthodologique très aidant sur cette méthodologie qui nous inscrit dans un cadre et nous permet d'avancer de façon très rythmée. Ils s'occupent de toute la logistique de la mise en place et ils nous apportent leur regard sur nos pratiques. Ça permet de faire évoluer les pratiques professionnelles. [...] Je ne peux pas concevoir une direction des soins qui ne travaillerait pas avec la qualité parce que nous représentons environ 70 % des professionnels sur un établissement. » (DSI-E.2).*

D'autres leviers liés à l'engagement de la direction ont été identifiés par les professionnels tels que l'engagement à la réponse non punitive en cas d'erreur non fautive, la nécessité d'avoir une direction plus porteuse de la démarche, d'assurer un suivi plus régulier des actions, d'avoir une proximité avec le personnel, et d'assurer la rémunération des heures supplémentaires dédiées à la gestion des risques.

## La cellule qualité et de gestion des risques

---

Les facteurs identifiés par les professionnels institutionnels et paramédicaux (n = 12) en lien avec l'activité et l'engagement de la cellule qualité méritaient une attention particulière au regard du discours récurrent sur le cloisonnement entre la cellule qualité et les unités de soins. Deux leviers principaux traduisaient une volonté de rapprochement de ces deux univers très différents. Il s'agissait du **soutien des initiatives locales** de la part des cellules qualité et de **l'implication des professionnels des unités de soins dans ces cellules** au travers notamment des référents ou des correspondants qualité.



« Je suis persuadé que ce n'est pas parce qu'une direction, une présidence de CME, un expert qualité ou de gestion des risques vont me dire : il faut faire de la sécurité, que ça va impulser des actions concrètes chez les professionnels. Je crois plus à la démarche ascendante, où des actions se font sur le terrain, à partir de risques identifiés par les professionnels, conduisent à des actions, à des améliorations, à des réflexions collectives, et que petit à petit cela serve de modèle et ça se diffuse sur le terrain. Après, il faut que ce soit porté par une dynamique institutionnelle mais je pense que c'est difficile à impulser totalement avec cette seule dynamique institutionnelle, puisque ça paraîtra toujours un peu théorique, décalé, général, etc., des méthodes qui ne parlent pas forcément. » (Directeur-E.1).

Un autre levier serait **l'impulsion et le développement d'une culture qualité**.

« Il faut travailler sur la culture, il faut faire en sorte que non pas ça soit le qualificateur qui aille voir les gens pour leur faire faire des EPP, il faut faire en sorte que ce soit les gens qui aillent vers le qualificateur, le gestionnaire de risques c'est un outil, ce n'est pas un emmerdeur. » (Directeur qualité-E.3) ;

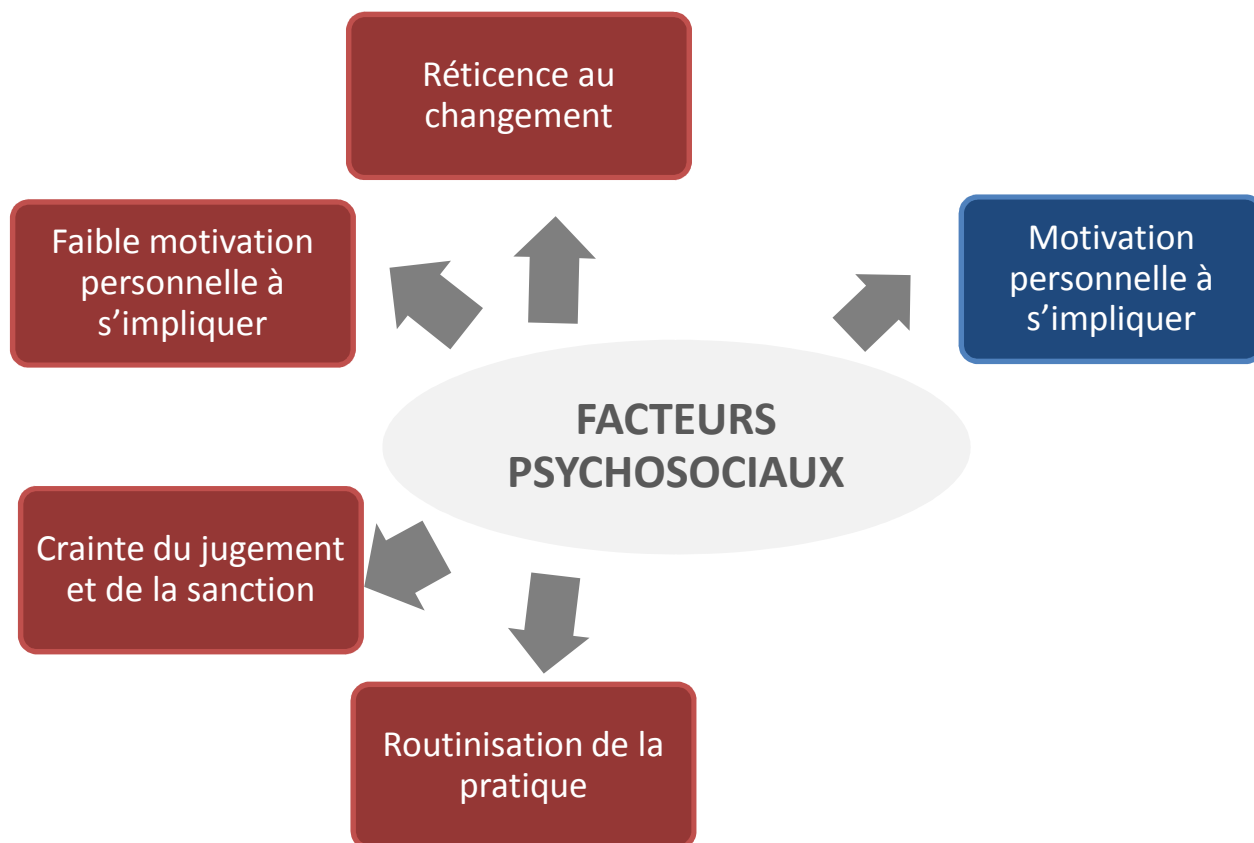
« Ici, la pharmacie est très impliquée dans tout ce qui est sécuritaire, on a des correspondants en hygiène avec qui ça se passe bien et que l'on implique dans les audits. Là, on est dans la culture qualité : on met en avant des professionnels qui mettent en pratique des outils qualité et qui vont être porteurs eux-mêmes du message. Ici, la qualité a beaucoup sollicité les secteurs de soins qui répondent toujours présents et cette culture prend donc forme aujourd'hui. Quand on participe à un groupe de travail animé par la qualité, on fait en sorte de renvoyer le résultat du travail pour le présenter ensuite en réunion cadre. » (DSI-E.2).

### **Les freins et les leviers psychosociaux**

La psychologie sociale est un domaine d'étude qui analyse la façon dont les comportements, les cognitions (pensées) et affects (émotions ou sentiments) de l'individu sont influencés par le comportement et les caractéristiques des autres, les caractéristiques de la situation dans laquelle l'individu est inséré ainsi que par ses propres caractéristiques psychologiques et sociales.

Les facteurs psychosociaux revêtent une importance particulière puisque plus de la moitié des professionnels (n = 43) ont cité des freins de cette nature et un tiers (n = 28) évoquaient des leviers. Bien que ces facteurs étaient perçus par l'ensemble des équipes hospitalières interrogées, le discours des équipes soignantes (médicales et paramédicales) était plutôt axé sur des facteurs freinants tandis que celui des institutionnels faisait plus fréquemment référence à des leviers.

La figure ci-dessous présente les principaux facteurs psychosociaux perçus par les professionnels. Les facteurs en rouge représentent des freins et le facteur en bleu est un levier.



**Schéma 13.** Les principaux freins et leviers psychosociaux perçus par les professionnels interrogés

#### **La réticence au changement : un frein pour les équipes soignantes**

La réticence au changement était perçue par 7 médecins et 13 professionnels paramédicaux comme un frein à la mise en œuvre et à l'avancement des actions de gestion des risques et de la qualité.

La cause principale de cette réticence au changement tenait à la socialisation professionnelle. Cette dernière suppose des perceptions différentes selon l'ancienneté professionnelle. Selon un exemple issu de l'étude, un professionnel diplômé depuis peu considérait être doté des compétences requises pour exercer cette profession.

Un professionnel ayant une plus grande ancienneté a acquis au cours de sa trajectoire professionnelle des savoir-faire et des savoir-être. Ses multiples expériences ont façonné ses *façons de faire*, ses pratiques et forgé ses « habitudes ». Ces deux cas de figure conduisent à un ressenti quelque peu différent. Le jeune diplômé au fait des nouvelles pratiques de par sa formation récente aura tendance à percevoir ces actions de gestion des risques visant notamment à améliorer sa pratique comme une remise en question de sa légitimité soignante. Les équipes d'hygiène étaient souvent confrontées à cette problématique : « *Mais ce n'est pas ce qui leur plaît le plus. Elles se sentent encore à l'école* ». (IDE hygiéniste-E.3) Néanmoins, les jeunes diplômés manifestaient moins de réticences car leur formation les avait sensibilisé à la réflexion sur l'amélioration continue des pratiques :

*« Je suis diplômée de la nouvelle génération d'infirmières où on a mangé de la gestion des risques, de la sécurité des soins et sur le moment, ça nous barrait mais on a acquis un mécanisme que les autres n'ont pas. On se pose plus de questions et on se remet beaucoup en question. A chaque stage, on faisait des remises en question et des analyses de situation. Qu'est ce qui ne va pas ? Pourquoi ? Et peut-être que les anciennes n'ont pas forcément ce réflexe et peut-être que des petites formations sur ça ne leur feraient pas de mal. »* (IDE-E.3).

Les professionnels dont la formation était plus ancienne ont incorporé des *façons de faire* au fil des ans. Malgré l'évolution rapide des pratiques et des protocoles, ces derniers manifestaient une résistance psychologique à modifier leurs « habitudes » qu'ils maîtrisent parfaitement et à s'impliquer réellement de ce fait dans des actions. Ces extraits d'entretiens illustrent la perception de ce frein par les équipes soignantes :

*« Pour moi les freins sont souvent les mêmes aussi, et un peu du même ordre, c'est-à-dire j'ai fait comme ça pendant tant d'années et finalement on vient me dire que je travaillais mal parce qu'il faut que je travaille autrement. »* (Cadre de santé-E.1) ;

*« Quand vous amenez des nouvelles actions, elles ne voient pas forcément l'intérêt puisque jusqu'à présent il n'y a pas eu de problèmes. »* (Cadre de santé-E.5) ;

*« Je pense qu'il y a du personnel qui ont des œillères, qui disent : j'ai toujours fait comme ça, il n'y a pas eu de problème, pourquoi je changerai ? »* (IDE-E.1) ;

*« Et après, si ce sont des choses qui sont très ancrées, on est persuadé de bien faire et c'est difficile je pense de bouger les gens qui sont persuadés d'être dans le vrai. »* (Médecin1-E.2) ;

*« Bien sûr qu'il y a énormément de freins, parce que là j'essaie de montrer le bon côté de ma personnalité, mais vous pensez bien qu'il y a aussi le mauvais côté, c'est-à-dire que j'ai 50 ans passés, donc j'ai des certitudes, comme beaucoup de médecins je suis souvent un peu trop sûr d'avoir raison et d'être la parole d'évangile. On est toujours très sûrs de nous, c'est aussi ce qu'on nous demande, parce que si on doutait devant les patients, on désespérerait ! Heureusement qu'on a cette personnalité, ce n'est plus de la socio mais de la psycho. Ce n'est pas impunément qu'on fait médecine, ou qu'on devient sociologue. Il y a une personnalité qui va avec. Bien évidemment, le type même de frein : se remettre en question quand on a 25 ans, ou pire quand on a 50 ans, ce n'est pas facile. »* (Médecin2-E.2).

Si les « habitudes » n'étaient pas uniformes en fonction de l'ancienneté, elles différaient également selon la socialisation professionnelle acquise au sein d'un établissement.

*« Ce qui peut freiner après, c'est — ça je l'ai connu, et pourtant ça me semblait plus clair : en 2002, moi quand j'ai intégré l'hôpital, il y avait des CLIN, et les CLIN étaient régionaux, les pratiques n'étaient absolument pas uniformes. Pour la pose du cathéter veineux périphérique, moi sur Amiens en Picardie, on apprenait qu'on ne piquait pas avec des gants stériles. Quand je suis arrivé ici, on m'a dit : mais qu'est-ce que tu fais malheureux ? Il faut que tu piques avec des gants stériles ! Donc les pratiques n'étaient pas uniformes de façon nationale, je ne sais pas si elles le sont maintenant. » (Cadre de santé-E.1).*

Nous avons pu également observer qu'au sein du même établissement, les protocoles et les pratiques différaient d'un service à l'autre : *« Les habitudes de chaque service, mais aussi celles de chaque soignant. » (IDE-E.1)*

Si l'analyse du verbatim mettait en exergue le rôle de la socialisation professionnelle sur la réticence au changement, un certain nombre de professionnels ont manifesté une méfiance à l'égard des changements que pouvaient générer les actions de gestion des risques. La crainte de complexifier les pratiques accroît leur résistance comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant :

*« On arrive à faire les choses très bien comme on les fait jusqu'à maintenant, et on ne comprend pas pourquoi on changerait. Si on nous change les choses pour que ce soit plus facile, ok. Si c'est pour les compliquer, on est plus réfractaire. » (IDE-E.3).*

D'après un médecin, *« les gens sont toujours réticents aux changements quelque soit les changements »*. Comme l'a souligné une cadre de santé, œuvrer à lever ces résistances, quelles que soient leurs origines, suppose d'entreprendre un travail de sensibilisation afin que les professionnels puissent comprendre l'intérêt de ces démarches pour y adhérer : *« Parce que la formation initiale n'est pas la même et que si on ne donne pas un vrai sens au changement, on crée une résistance. » (Cadre de santé-E.1)*

### **La crainte du jugement et de la sanction**

---

Ce facteur a été reconnu comme freinant par les institutionnels et par les équipes soignantes. Participer aux actions de gestion des risques telles qu'un système de signalement des événements indésirables, pointer du doigt les pratiques non conformes aux recommandations lors d'un audit soulevaient la méfiance des professionnels qui craignaient une mise en cause de leur responsabilité. L'ensemble de ces activités était encore très souvent assimilé à la recherche de l'erreur et du coupable dans l'imaginaire soignant.

Les médecins manifestaient leur déconvenue sur ces actions de gestion des risques qui supposaient un jugement, une surveillance de leurs pratiques.

*« La peur de l'évaluation de la pratique, on va la retrouver également chez les médecins. Le jugement extérieur sur nos propres pratiques. C'est plus sournois que ça. C'est le jugement. L'auto critique est plus facile que la critique extérieure. » (Médecin-E.1).*

L'évaluation était souvent ressentie comme négative, voire dévalorisante par les équipes paramédicales. A ce titre, les retours d'informations des actions axés sur les résultats négatifs étaient perçus comme un frein lié à la conduite d'action par les professionnels. Les deux extraits d'entretiens suivants illustrent cette difficulté :

*« Oui, avec le personnel, c'est pareil, on a eu beaucoup de mal parce qu'ils se sont sentis évalués dans le mauvais sens et pourtant Dieu sait si on avait passé l'information. Ils ont perçu l'évaluation avec une connotation négative des choses, même en exposant la finalité de cet audit, ils avaient du mal à nous appeler pour nous dire : « tiens, il y a une pose de voie veineuse, est-ce que tu peux venir m'évaluer ? ». » (Cadre de santé-E.3) ;*

*« Quand on parle d'actions, cela veut dire que l'on a d'abord fait une évaluation, parce qu'en général on met en place une action à partir d'un bilan. Les freins des évaluations sont toujours la crainte d'être jugé. Très clairement. C'est-à-dire que pour tout soignant, lorsqu'on lui dit — et même là lorsque les infirmières hygiénistes viendront pour les regarder, c'est tout de suite un jugement, c'est tout de suite qu'on va dire que je fais mal ou qu'est-ce que je fais de mal ? Ça c'est clair, ça ressort, c'était vrai il y a 10 ans, ce sera vrai dans 10 ans. » (Cadre de santé-E.1).*

Si les équipes soignantes manifestaient leur insatisfaction à être évaluées et jugées, les institutionnels ont souligné la crainte de la sanction et la prudence qui en découlait pour les professionnels. Le « fantasme de la faute disciplinaire » serait un frein à la mise en œuvre et à l'avancement des actions de gestion des risques.

*« La judiciarisation de la responsabilité médicale fait que tout le monde est aussi très prudent à un certain moment sur ce qu'on exprime et ce qu'on n'exprime pas, parce que quand vous discutez avec vos compagnies d'assurances, suivant la façon dont vous déclarez ou pas un événement indésirable ou porteur de risque, ça peut être de nature à faire sauter votre couverture assurance... L'assureur va vous dire : vous ne devez jamais reconnaître une faute. Sur les textes, sur les démarches impulsées par la qualité, la certification, on avance, mais on ne fait pas toujours attention qu'à côté ça n'avance pas, côté assurance et côté judiciaire, ça n'avance pas du tout au même rythme. » (Directrice-E.4).*

### **La routinisation de la pratique : un point de vue paramédical**

---

Ce frein a été principalement mis en exergue par les professionnels paramédicaux.

*« Ce n'est pas que l'on ne veut pas mieux faire, mais nous sommes rentrés dans une routine dans laquelle il est facile de banaliser certaines choses. » (IDE-E.3) ;*

*« J'ai l'impression que l'acte de poser un cathéter est un peu banalisé et la veinite n'est pas identifiée franchement comme quelque chose d'important. » (CGDR-E.1).*

Ces deux extraits d'entretiens expliquent l'incompréhension des professionnels soignants, notamment paramédicaux face à la mise en œuvre d'une action sur un soin quotidien, un acte courant devenu routinier. La banalisation de ce soin entraîne une minimisation du risque

qui va nécessairement impacter sur le manque d'intérêt des équipes à s'investir dans une action dont la finalité est d'améliorer les pratiques et de réduire le risque.

### **La motivation personnelle à s'impliquer : un levier pour les institutionnels**

---

La motivation personnelle à s'impliquer est perçue par les professionnels comme un frein (n = 13) et encore plus fréquemment comme un levier (n = 24) à la mise en œuvre et à l'avancement des actions. Ce facteur était particulièrement présent dans le discours des institutionnels puisque près de la moitié d'entre eux l'ont cité spontanément comme un levier. D'après les extraits d'entretiens sur cette thématique, l'implication des professionnels serait très « personne dépendante » :

*« C'est vrai que c'est très personnes dépendantes. Je m'aperçois qu'il y a des personnes qui ont de la dynamique, la culture, qui ont compris la démarche. [...] Je participe aux réunions de cadres et c'est là où on fait passer des messages et des projets. On essaye de faire des points sur l'avancement des projets et c'est toujours les mêmes avec lesquels on avance et qui participent. Mais c'est intéressant de travailler sur l'humain. »* (Directeur qualité-E.5) ;

*« C'est quelque chose qui est intégrable dans les services, on peut l'expliquer et faire de la communication mais les gens s'intéressent plus ou moins à ce qui se passe. »* (Directeur qualité-E.1) ;

*« Il y en a qui accorde plus ou moins d'importance à ces choses-là. Certains vont dire : on s'en fiche et d'autres : c'est intéressant. [...] Il n'y a pas que les valeurs professionnelles qui interviennent dans ça, c'est les valeurs de chacun aussi. »* (IDE-E.1).

Néanmoins, les discussions avec les équipes soignantes ont mis au jour l'influence d'un certain nombre d'éléments sur la motivation personnelle à s'impliquer, tels que le contexte général hospitalier (« Difficile par manque de temps, avec la suppression des RTT, ça risque d'être encore plus compliqué. » Cadre de santé-E.1), le climat social de l'établissement (« Mais c'est vrai que l'établissement nous invite aussi à nous investir. » IDE-E.4) et la précarité du statut des professionnels (« Il faut que cela vienne de soi car c'est vrai que l'on sent les intérimaires moins motivés. » Cadre de santé-E.4).

L'expérience personnelle de la maladie et du risque peut aussi impacter la motivation personnelle des soignants à s'impliquer dans ces démarches :

*« Je me suis beaucoup intéressé à l'infectiologie, j'ai des collègues qui m'ont sensibilisé à la préservation du capital veineux. J'en ai compris l'intérêt lorsque j'ai fait de la chimiothérapie. »* (Médecin-E.1) ;

*« Je me sens bien concernée. Quand on a été malade, on fait tout de suite plus attention quand ça arrive à quelqu'un. Je sais que je suis plus vigilante. En plus, c'est un truc qui peut nous arriver tous les jours. Après c'est quelque chose qui varie d'une personne à l'autre, mais c'est quelque chose qui fait partie de notre pratique de tous les jours, donc c'est important je pense. »* (IDE-E.4).

La formation et l'information joueraient également un rôle non négligeable sur la motivation personnelle à s'impliquer (« *Je pense que j'étais moins informée et puis ça m'intéressait pas spécialement, je ne voyais pas l'impact que ça pouvait faire. Pour moi, ce n'était pas concret.* » IDE-E.4), tout comme l'intérêt des soignants pour la thématique de gestion des risques concernée par l'action (« *La gestion du risque concernant la pose du CVP ? J'ai d'autres chats à fouetter.* » Médecin-E.3).

De façon générale, les institutionnels mettaient en exergue une bonne volonté des professionnels au sein de leurs établissements :

« *Je crois que le côté positif, c'est la bonne volonté des gens, je crois que les soignants veulent bien faire.* » (PCME-E.5) ;

« *Je pense que le personnel est demandeur. Il n'est pas un frein. Je le trouve très impliqué personnellement, il ne demande que ça. Que ce soit au bloc opératoire ou dans les services, ils ne demandent que ça.* » (Directeur-E.3) ;

« *Ils sont demandeurs de choses nouvelles et curieux, nous avons un climat professionnel et social qui est extrêmement favorable.* » (DSI-E.3) ;

« *Les professionnels sont investis de cette culture là et nous n'avons donc pas beaucoup de réticences personnelles.* » (Chargé de projet qualité-E.4).

### ***Les freins et les leviers liés à l'engagement professionnel***

Au total, 35 professionnels dont 14 institutionnels et 12 médecins ont perçu des facteurs associés à l'engagement professionnel comme délétères pour la mise en œuvre et l'avancement des actions de qualité et de gestion des risques. 27 interviewés dont 8 médecins et 12 professionnels paramédicaux ont exprimé des facteurs liés à l'engagement professionnel favorisant l'avancement des actions au sein de leur établissement. Les deux figures suivantes décrivent les différents facteurs cités par les interviewés qui expliquent l'engagement ou le non engagement professionnel.



**Tableau 8.** Les principaux freins à l'engagement professionnel

**FREINS**

**Défaut d'engagement des médecins (n = 26)**

Non concernés pas ce geste paramédical (n = 12)	« Les infirmières sont complètement autonomes dans la réalisation de ce geste. Et comme on n'a pas d'effets délétères, on ne s'en occupe pas. Mais peut être qu'on devrait. je ne sais pas. » (Médecin et PCME-E.2)
Par manque de temps (n = 10)	« Le manque de temps. Personne n'est contre la qualité. Actuellement, il y a de moins en moins de praticiens, et vous allez voir, ça va s'aggraver parce qu'on est en train d'écoeurer les praticiens qui sont en place » (Médecin et PCME-E.4)
Désintérêt ou activité non prioritaire (n = 6)	« Les CVP, c'est très bien, mais les infections sur cathé, c'est quand même très rare par rapport aux chutes dont le préjudice est plus grave qu'une veinite. [...] Une chute dans un service de gériatrie, il y a plein de facteurs qui rentrent en jeu et qui favorisent la chute, et ces facteurs favorisants, on peut les éliminer facilement, d'autant qu'on se penche sur le sujet. » (Médecin-E.2)
Statut libéral des médecins (n = 5)	« Dans les freins, il y a peut être aussi la qualité des participants, des libéraux, des salariés... Les médecins sont un peu difficiles à mobiliser. » (Directeur-E.5)

**Défaut d'engagement paramédical (n = 7)**

Focus sur le cœur de métier (le soin et le patient) (n = 7)	« Remplir les papiers, je les remplis ou pas mais bon, je vais me coucher plus tranquille si je me suis occupée du malade correctement, et puis tant pis s'il manque une croix » (IDE-E.2)
	« Les équipes, c'est très difficile parce qu'ils sont beaucoup dans le soin mais sans forcément penser de manière transversale. [...] Sur un patient qui a posé problème, ça va s'arrêter là, il n'y aura pas de réflexion qui va les pousser à venir nous consulter. Ils sont centrés sur le soin, sur leur tâche et pas forcément dans une réflexion globale du soin. » (Cadre de santé-E.3)
	« La charge de travail déjà, qui fait que par moment on a le temps de chercher des actions, et de mettre en place des choses, mais il y a des fois où on va aller à l'essentiel, et pour moi l'essentiel c'est le patient. Je sais que la traçabilité est aussi importante que le reste, mais c'est vrai que je préfère faire un défaut de traçabilité qu'un défaut de soin sur le patient. » (IDE-4).

Le manque d'engagement des médecins était perçu comme freinant par 26 professionnels, en particulier par les institutionnels (n = 13) et les médecins (n = 11).



**Tableau 9.** Les principaux leviers à l'engagement professionnel

## LEVIERS

### **Engagement et adhésion des médecins (n = 11)**

Adhésion et compréhension de la démarche (n = 5)	« J'ai un service qui est ressorti dans lequel il y a une équipe médicale motivée et qui comprend bien la démarche. C'est vraiment positif. » (Directeur qualité-E.5)
Intérêt pour la thématique (n = 2)	« Les médecins se sentent concernés parce que ce sont leurs patients, parce qu'ils sont très attachés à ce genre d'événement. Tout ce qui est infectieux, hygiène, chez nous c'est la pierre angulaire. [...] Il m'est arrivé qu'un anesthésiste débarque dans mon bureau en me disant : comment se fait-il que ce patient ait encore une voie veineuse périphérique alors qu'il s'alimente depuis hier ? » » (DSI-CGDR-E.3)
Implication par le biais de la CME (n = 2)	« Quand vous avez un médecin qui s'implique dans quelque chose, les choses avancent beaucoup plus vite. Venant d'un médecin, ça passe mieux s'il a une certaine autorité. Il est président de la CME, donc c'est par lui que va passer la bonne parole. » (Cadre de santé-E.4)

### **Engagement du personnel paramédical (n = 17)**

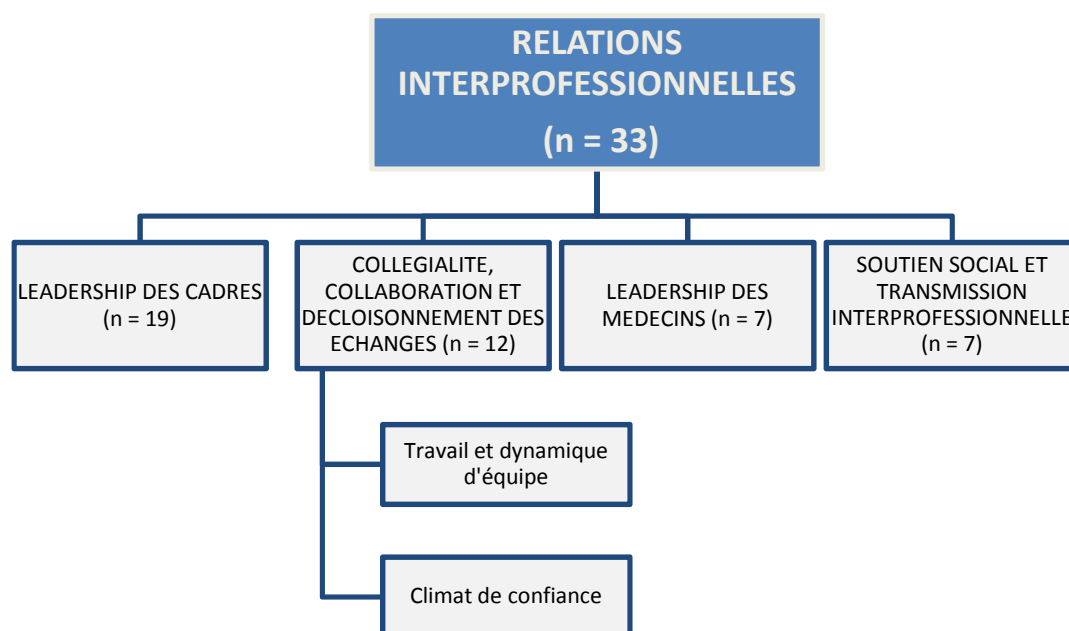
Volonté de délivrer des soins de qualité (n = 9)	« On sait que ça améliore notre façon de travailler et la prise en charge du patient. » (IDE-E.4) « Déjà pour le patient, pour limiter les risques. On voit des patients qui font des veinites, où des fois le cathéter est resté en place pendant 6 jours alors que c'est 4 jours. Alors rien que pour le patient, on va se remettre en question. » (IDE-E.3)
Perception du risque importante (n = 5)	« Le geste est simple, mais les risques sont élevés, donc les professionnels sont assez conscients que s'ils ne le maîtrisent pas en amont, pendant et après, pour quelque chose de très anodin, les conséquences si ce n'est pas correctement mené, peuvent être extrêmement lourdes. » (PCME-E.2)
Reconnaissance de l'efficacité des actions (n = 4)	« Je pense que l'audit que l'on a eu va être bénéfique. Je pense que l'on va se rendre compte qu'il y a des choses que l'on ne fait pas et que l'on devrait faire » (IDE-E.3) « Si elles se rendent compte qu'en travaillant comme ça, il y a de moins en moins de veinites, ça fait plaisir. » (Médecin-E.3)
CVP comme acte courant du métier infirmier (n = 4)	« Au niveau infirmier, c'est quand même un acte que l'on fait à répétition, donc je pense que toutes les infirmières ont été favorables et positives » (Cadre de santé-E.5)

Les facteurs liés à l'engagement du personnel paramédical ont particulièrement été cités par les professionnels paramédicaux (n = 10).

## Les freins et les leviers liés aux relations interprofessionnelles

Les facteurs en lien avec les relations interprofessionnelles ont été plus souvent exprimés comme des leviers (n = 33) en particulier par les professionnels paramédicaux (n = 17). Quatorze interviewés dont 8 institutionnels ont exprimé des freins de cette nature.

En raison du plus grand nombre de professionnels évoquant des leviers, ils feront l'objet d'un approfondissement ci-dessous. Les freins cités renvoyaient à des conflits dans l'équipe (conflits de pouvoir entre médecins et cadres ; manque de cohésion des médecins), un manque de soutien des cadres, à l'organisation du travail sectorisée et au cloisonnement des échanges, et au soutien hétérogène pour les projets.



**Schéma 14.** Les principaux leviers liés aux relations interprofessionnelles

Un des leviers le plus cité par les professionnels, en particulier par les équipes institutionnelles (n = 7) et paramédicales (n = 9) était **le leadership des cadres**. Pour les institutionnels, les cadres de santé étaient un relais important au niveau des unités des soins : ils étaient garants de l'impulsion et de la promotion de ces démarches (incitation et stimulation du personnel pour y adhérer et y participer), du relais de l'information mais aussi de la mise en œuvre.

*« Je m'aperçois que le management de la proximité est vraiment le maillon essentiel. » (PCME-E.1).*

Ce rôle de cadre intégrateur était également valorisé dans le discours du personnel paramédical, cadres de santé et personnel infirmier. Des témoignages confirmaient l'importance de ce rôle facilitateur pour le bon déroulement des projets de qualité et de gestion des risques.

*« L'information et la stimulation, inciter le personnel à appliquer les nouvelles méthodes. Et nous expliquer l'intérêt du protocole, nous dire pourquoi le protocole d'il y a deux ans n'est plus applicable, pourquoi il faut appliquer celui-là alors qu'il est moins rapide... » (IDE1-E.3) ;*

*« Je pense qu'il faut qu'il y ait des cadres pour impulser le mouvement. » (IDE2-E.3).*

**La collégialité et la collaboration** au sein des équipes et entre les équipes a été mis en évidence par les professionnels à travers plusieurs éléments perçus comme favorisant la mise en œuvre et le bon déroulement des démarches de gestion des risques. Le travail d'équipe serait pour les professionnels un socle essentiel :

*« Qu'est ce qui pourrait les faire avancer ? Un meilleur travail d'équipe. » (CGDR-E.1) ;*

*« Une vraie équipe pluri-professionnelle. Je pense qu'il y a encore du travail à faire dans certains secteurs. Par exemple, le cathéter c'est typique. Le médecin le prescrit, l'infirmière le pose, l'aide-soignante qui fait la toilette peut le faire sauter et le patient peut le bricoler. » (CGDR-E.1).*

**Le climat de confiance** acquis grâce à la stabilité des équipes est aussi indiqué comme un levier par les équipes. D'autres facteurs facilitants relatifs à la thématique de la collaboration ont été évoqués par certains professionnels tels que la collaboration entre services, le partage d'objectifs communs, la coordination de l'encadrement.

Par ailleurs, si le leadership paramédical était présent dans le discours des interviewés, ces derniers ont aussi souligné l'importance du **soutien des médecins** pour faciliter la mise en œuvre et l'avancement des démarches comme l'illustre cet extrait d'entretien :

*« Aujourd'hui, je dirais : comment le favoriser ? On ne va pas partir sur les grandes lignes de « il faut trouver du temps », parce que du temps on n'en aura pas. Il faut pouvoir y investir les médecins, parce qu'on sous-estime trop l'importance des médecins ; quand un médecin responsable d'un service tient le discours de « je veux qu'on travaille sur l'évaluation des pratiques professionnelles », prenant l'exemple de l'évaluation de la qualité et de la pose et de la surveillance des cathéters veineux périphériques, si lui tient ce discours-là et qu'il s'y tient, c'est plus facile pour le gars aussi de le faire, parce qu'effectivement il y a le binôme encadrement médecin qui porte ce projet-là. » (Cadre de santé-E.1).*

Enfin, le rôle du **soutien social interprofessionnel** a également été exprimé par certains professionnels comme un levier au bon déroulement des actions de gestion des risques. Il se traduisait notamment par l'influence des plus anciens de l'établissement sur des plus jeunes, ou au contraire des professionnels en cours de formation sur ceux ayant une plus grande ancienneté pour sensibiliser à la réflexion sur ces démarches.

« Vous savez, lorsque l'on a des stagiaires, elles nous remettent en question. Et je réalise qu'elles n'ont pas tort et qu'elles m'apprennent des choses. Ça fait 20 ans que je suis infirmière et ça a évolué. » (IDE-E.3) ;

« Il ne faut pas sous-estimer la transmission personne par personne parce que c'est ça qui est encore beaucoup pratiqué. » (Directeur qualité-E.1).

## *Les aspects structurels de l'établissement*

Les aspects structurels de l'établissement font référence à des éléments du contexte financier, à l'organisation du travail et à la taille de la structure. Si ces facteurs n'ont pas été évoqués comme des freins prioritaires par les acteurs rencontrés, les discours étaient fréquemment empreints de ces problématiques, en particulier dans les établissements traversant un contexte économique défavorable.

En effet, le poids d'une conjoncture économique défavorable et les bouleversements qui en découlaient au niveau de la gestion du personnel étaient évoqués par la plupart des interviewés des deux centres hospitaliers de grande taille. Par ailleurs, les aspects structurels liés à la taille de l'établissement étaient globalement perçus comme des leviers par les professionnels des petites structures.

Au total, 13 freins et 10 leviers en lien avec des aspects structurels ont été identifiés par les personnes interviewées (essentiellement par des acteurs institutionnels et des professionnels paramédicaux).

Les acteurs institutionnels (n = 7) et les professionnels paramédicaux (n = 6) des établissements 1 et 2 percevaient les aspects structurels de l'établissement uniquement comme des freins. Ces établissements sont de grands centres hospitaliers avec des contextes généraux plutôt défavorables et des difficultés financières générant, selon plusieurs acteurs institutionnels, une démotivation du personnel à s'investir dans des actions qualité et de gestion des risques. Certains professionnels paramédicaux constataient une lassitude du personnel par rapport à l'ambiance générale de l'établissement, et la crainte de la suppression de postes. Les extraits d'entretiens suivants témoignaient de ces problématiques :

« Le contexte général de l'établissement ne favorise pas aujourd'hui l'acceptation dans le sens de nouvelles contraintes. L'équipe est inquiète, et a besoin de cristalliser son insatisfaction sur quelqu'un. » (Cadre de Santé – E.1) ;

« En ce moment, avec tous les soucis qu'il y a sur l'hôpital, tout le monde est parasité par les RTT, le passage en 12 h. » (IDE – E.1) ;

« Ce que l'on va mettre à la qualité, on va l'enlever ailleurs et ce sont des choix d'établissement, donc on essaye de faire au mieux mais le contexte va être difficile. Si la qualité permet des économies, on pourra avoir plus de temps de professionnels qualité qui permettront de développer plus de démarches qualité. Le problème, c'est d'amorcer la pompe et il y a un moment où il faut faire le pari d'investissement mais on est dans un contexte où on n'a plus trop d'argent pour prendre des risques. Avant on pouvait prendre le risque que ça ne marche pas, aujourd'hui nous n'avons plus les moyens de perdre nos paris. » (D.A. – E.2) ;

« [...] je pense que nous sommes dans une période de restriction, donc il faut mettre les vigilances nécessaires pour éviter tout incident mais en même temps, nous sommes souvent sur le fil du rasoir en terme de remplacements qui ne permettent pas toujours une bonne sérénité pour appréhender le travail. » (Cadre de santé – E.2).

Certains professionnels paramédicaux et institutionnels évoquaient la grande taille de leur établissement comme un frein ; d'une part parce que l'organisation du travail y serait plus cloisonnée et d'autre part par rapport à la difficulté à informer l'ensemble du personnel des actions et des démarches en lien avec la qualité et la gestion des risques :

« Globalement, l'établissement a une très grosse activité, on n'est pas forcément toujours bien organisé, on a du mal à travailler au niveau des interfaces, chacun travaille de façon relativement cloisonnée, c'est un gros frein ! » (D.Q. – E.2) ;

« Je trouve que le souci majeur dans l'établissement, c'est faire passer l'information à tous les agents. Pour notre part, on est une grosse équipe, et ça c'est toujours difficile de faire en sorte que tous les agents soient au courant des changements, des derniers protocoles, de la traçabilité, parce qu'on a des roulements complètement décalés, on travaille le jour, la nuit... Que les réunions d'équipes complètes ne peuvent pas être faites régulièrement, c'est très chronophage, ce n'est pas possible ; on a essayé, mais voilà. Je trouve que la grosse difficulté, c'est diffuser la communication. » (IDE – E.2).

Les difficultés à mettre en place l'organisation en pôle dans les établissements étaient également perçues par les acteurs institutionnels et les professionnels paramédicaux comme un frein à l'avancement des démarches et actions de gestion des risques : « [...] nous, on a mis les pôles, on n'a pas encore les contrats de pôle, donc ça veut dire que s'il n'y a pas de contrat de pôle il n'y a pas non plus dans le contrat les démarches qualité / gestion des risques qui doivent être faites à partir des contrats de pôle, et ça c'est un frein potentiel au contexte, et c'est un frein à l'imprégnation. » (PCME – E.1).

Par ailleurs, si dix acteurs - institutionnels et paramédicaux pour l'essentiel - percevaient la petite taille de leur établissement comme un levier à l'avancement des démarches et des actions de gestion des risques dans les établissements 3, 4 et 5, d'autres l'ont exprimée comme un frein. En effet, le fait de travailler dans une petite structure impliquait souvent le cumul de responsabilités pour certains des professionnels et leur essoufflement face à la multiplicité des tâches :

« Sur une petite structure, ça va vite. C'est plus simple parce que l'information circule plus vite, mais c'est plus compliqué parce que ce sont toujours les mêmes qui s'occupent de tout. » (Médecin – E.5) ;

*« Le problème, c'est qu'il y a des personnes qui ont 50 casquettes. Quand vous multipliez les réunions, et ci et ça, d'un, ça ne rentre pas tout le temps dans l'emploi du temps, et de deux les gens sont fatigués, en ont ras le bol, il arrive facile qu'on ait des semaines à 3 ou 4 réunions. » (PCME – E.3) ;*

*« Les freins, ça peut être le nombre de participations, parce qu'on est peu nombreux pour participer à pleins d'actions, c'est dans ce sens-là. » (D.G. - E.5).*

Plusieurs arguments étaient avancés par les professionnels paramédicaux et les acteurs institutionnels qui identifiaient la petite taille de l'établissement comme un levier. Cela faciliterait la circulation de l'information entre les professionnels des différents services et avec l'équipe de direction :

*« Parce que nous sommes une petite structure, parce qu'il n'y a pas beaucoup de hiérarchie entre nous et la directrice des soins, donc forcément l'information passe vite et se met vite en place. Et si elle ne se met pas vite en place, elle est en stand-by pour une raison. » (IDE Hygiéniste – E.4) ;*

*« [...] ici, c'est une petite structure, tout le monde se connaît, l'information circule bien. Dans les plus gros établissements, c'est un peu plus compliqué. » (Assistante Qualité – E.5).*

Ces organisations étaient décrites comme des systèmes de communications informelles, c'est à dire *non* officielles facilitant la circulation rapide de l'information :

*« On a une structure qui n'est pas très grande, et les informations tournent vite finalement, parce qu'on se rend compte que ça tourne pendant le travail, ça tourne au réfectoire, ça tourne au CE (Comité d'Entreprise), et je crois que les événements graves, indésirables ou les risques importants sont discutés de vive-voix. » (PCME – E.5).*

Le fait de travailler dans une petite structure faciliterait également l'organisation de réunions :

*« Ce qui est favorable ici, c'est que c'est une petite structure, on arrive à faire des réunions régulièrement, que ce soit des réunions du service à proprement parler, ou inter-services. » (Cadre de Santé – E.5).*

La fluidité de la circulation de l'information et la capacité de se réunir rapidement facilitaient une certaine réactivité face à d'éventuels problèmes ou événements indésirables.

Enfin, les structures de petite taille présentaient une organisation plutôt horizontale du travail où l'aspect hiérarchique et très bureaucratique, souvent observé dans les grands établissements, était moins marqué. La proximité de la direction avec le personnel et la valorisation du rôle de chacun étaient considérées par certains professionnels comme des leviers.

## Les réglementations et évaluations externes

Les réglementations et les évaluations externes étaient essentiellement perçues comme des leviers à l'avancement des démarches et des actions qualité et de gestion des risques pour 21 des 71 acteurs interviewés.

Les institutionnels étaient les plus nombreux (n = 11) à citer l'effet dynamisant des réglementations et des évaluations externes sur l'avancement des actions de gestion des risques engagées. Les extraits d'entretiens suivants illustrent les effets dynamiques de la certification :

*« [...] les démarches de certification nous aident aussi beaucoup, parce que ça nous a permis de développer la culture qualité de l'établissement, l'approche gestion des risques, la nécessité de déclarer les événements indésirables ; tout ce travail de fond qui est fait depuis plusieurs années et qui fait que les professionnels sont relativement coopérants, de manière générale, pour améliorer leurs pratiques. » (D.Q. –E.2) ;*

*« Je pense que la certification reste un fil conducteur assez majeur. » (D.G. –E 4) ;*

*« Je trouve que toutes ces obligations nous poussent de toute façon, les classements, même si il faut aussi de temps en temps les tempérer, il faut prendre du recul, c'est une pression quand beaucoup de choses tombent comme ça. Mais c'est indéniable, ça fait avancer tout le monde, à tous les niveaux... Je ne demande pas plus de pression, mais en tout cas il faut absolument maintenir un peu cette pression, pour que ça devienne de l'automatisme. » (D.G. – E.5).*

Selon certains interviewés, ces obligations réglementaires externes ont entraîné l'implication concrète des professionnels ainsi que leur prise de conscience de l'importance de ces démarches pour l'amélioration des pratiques :

*« Par rapport à la gestion du risque en général, vu que l'on vient de vivre la certification, ils (les médecins) ont eu une obligation de s'impliquer un minimum. Et ils se sont vraiment bien impliqués. » (Cadre de Santé – E .4) ;*

*« C'est important que l'on ait des certifications parce qu'à moins de se foutre de ce que l'on fait, on a envie que l'établissement ait la certification et que l'on dispose d'une certaine qualité des soins où l'on travaille. Moi en tous cas je n'ai pas envie que la clinique ait une mauvaise réputation et que les gens n'aient plus envie de venir. » (IDE – E.3) ;*

*« [...] la certification a fait que l'on a mis en pratique le plus possible de recommandations et c'est ça qui a fait progresser les choses ; je reconnais que la certification à ce niveau-là est une très bonne chose. Ce qui pouvait être dit et pas forcément entendu parce que chacun avait sa petite idée, et bien le fait de mettre une recommandation avec une certification, ça fait avancer. Si le règlement est comme ça, on se réfère au règlement. » (Médecin – E.3).*



L'accréditation est également perçue comme un facteur dynamisant l'acculturation aux démarches qualité et de gestion des risques :

*« Le principal travail dans la gestion des risques, c'est que les spécialités qui ont une certaine culture de cette gestion des risques en fassent profiter le maximum de personnes dans l'établissement. Et ça, je crois que maintenant ça va arriver, avec l'accréditation, il y a eu une prise de conscience parce que l'accréditation c'était quand même assez récent, on a été très bien accrédité. » (Médecin – E.4).*

Certains professionnels évoquaient aussi la participation à des projets de recherche ou des audits externes comme des leviers. Pour d'autres, l'obligation de développer une démarche qualité au sein de l'établissement était, malgré son aspect contraignant, perçue comme un levier en lien avec son impact concret sur l'amélioration des pratiques et la sensibilisation des professionnels à la gestion des risques et à la sécurité :

*« C'est certain. Je n'ai que 20 ans de pratique mais je pense que nous avons amélioré beaucoup de choses parce que les démarches qualité ont mis en exergue des difficultés de fonctionnement, des pratiques améliorables. Car le professionnel a le nez dans le guidon et on n'a pas le recul nécessaire pour questionner sa pratique dans une vision globale. Donc sans cette vision globale, on ne fait pas les choses correctement. Et heureusement que ces démarches apportent quelque chose parce que dans la pratique, elles sont souvent ressenties comme contraignantes. » (Directeur Adjoint. – E.2).*

Ces réglementations et évaluations externes étaient également perçues comme des freins à l'avancement des actions de gestion des risques, dans une moindre mesure, par tous les types de professionnels rencontrés (institutionnels, médecins et paramédicaux).

Les acteurs institutionnels évoquaient le manque de sens des activités en lien avec les évaluations et la multiplicité des démarches obligatoires à suivre : *« Je ne suis pas sûr que ce que l'on nous demande depuis de nombreuses années en matière d'évaluations serve vraiment à quelque chose. » (CGDR – E.2) ; « il y a des contraintes de toutes parts, sur l'hygiène, sur la douleur... Il y a des problématiques dans tous les sens et on aimerait pouvoir prioriser, mais à côté de ça on a des contraintes des tutelles et on nous demande de nous occuper de tout. Parfois c'est colossal. » (D.Q. – E.5) ; « Depuis plusieurs années, on est vraiment acculés face à... Beaucoup de démarches qui nous sont demandées aussi de l'extérieur. » (D.Q. – E.2).*

Les médecins évoquaient pour leur part la lourdeur des démarches administratives liée à l'application des protocoles et des obligations externes. L'extrait d'entretien suivant illustre ce propos :

*« Pour un cathéter, on a un papier comme ça à remplir, il y a des cases de partout ! Simplification des procédures, de la saisie des données, et puis la restitution, il ne faut pas que ce soit encore une fois une usine à gaz. Ça, c'est vrai que les gens parfois le perçoivent plutôt comme ça. Mais alors, on entend : 'oui, mais si vous faites le papier, on aura des points pour je ne sais pas quoi...' Vous savez, les établissements sont évalués en ce qui concerne la certification, et puis maintenant sur internet on a des classements, donc ça nous fait des points en plus... » (Médecin – E.4).*

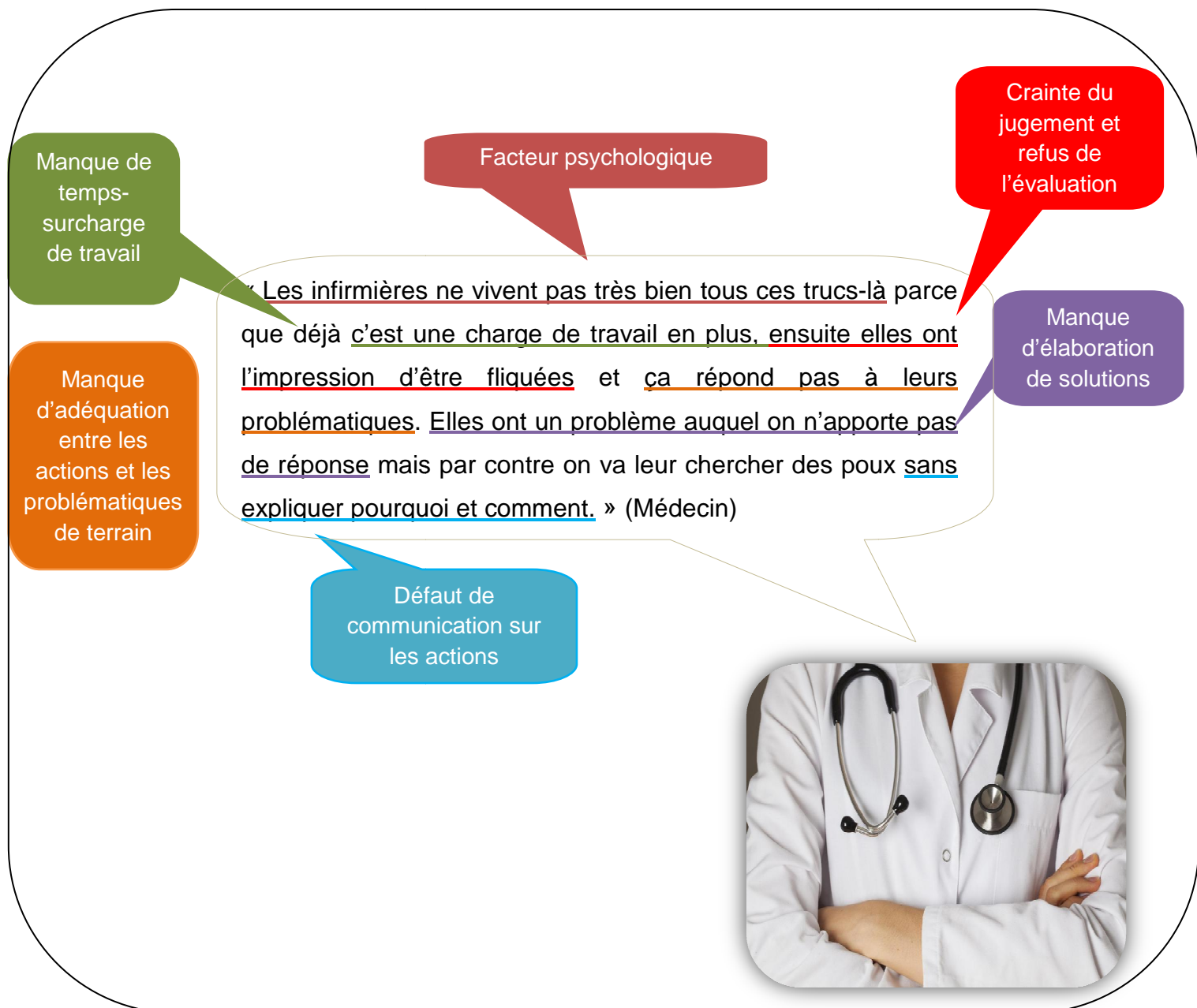


Enfin, les professionnels paramédicaux expliquaient notamment que l'évolution constante des protocoles et des bonnes pratiques perturberait le travail des professionnels :

*« Quand vous mettez en place une procédure ou un protocole, il faut qu'il puisse être pérenne. Si les modifications d'application ou les modifications de pose ou les protocoles changent trop régulièrement, à un moment on ne sait même plus à quelle version on est. Que font les soignants ? Il tranche en créant leur melting-pot des différentes formes et en disant : ben moi en faisant comme ça j'y arrive mieux, je pense que je fais bien, et puis finalement vous avez dix infirmières et dix façons différentes de faire les choses » (Cadre de Santé – E.1).*

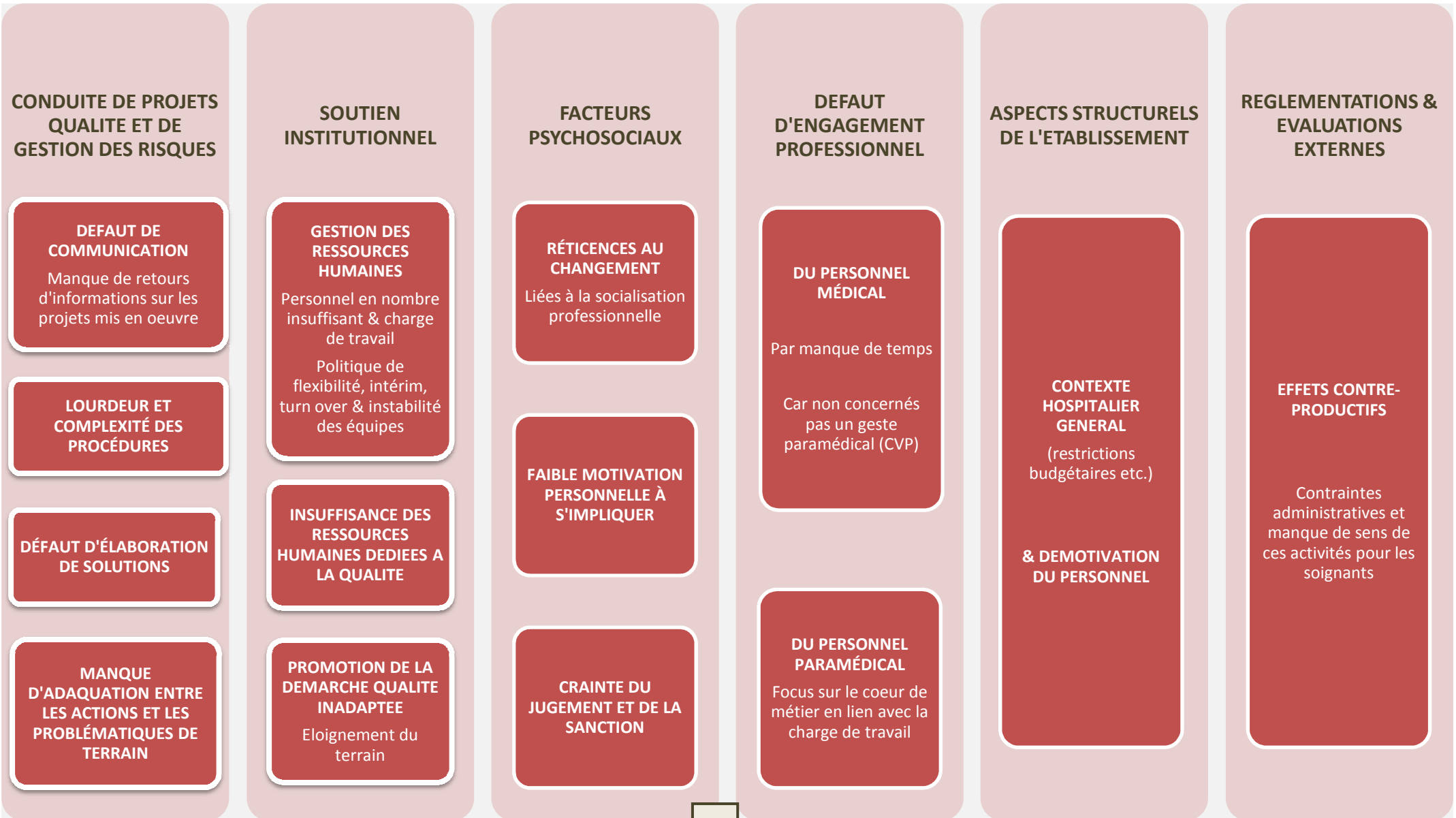
## Synthèse des principaux freins et leviers perçus par les professionnels

Cet extrait de verbatim issu d'un entretien avec un médecin est représentatif de certains des principaux freins à la mise en œuvre et à l'avancement des projets de qualité et de gestion des risques.



**Schéma 15.** Principaux freins et leviers à l'avancement des actions de gestion des risques perçus par les professionnels (Cf. pages suivantes)

## PRINCIPAUX FREINS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS



**MISE EN ŒUVRE ET AVANCEMENT DES PROJETS QUALITE ET GESTION DES RISQUES**

## PRINCIPAUX LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS

### CONDUITE DE PROJETS QUALITE ET DE GESTION DES RISQUES

#### AMELIORER LA COMMUNICATION

Développer des relais  
d'informations sur le  
terrain

Expliquer l'intérêt et la  
finalité des actions

#### METTRE EN OEUVRE DES ACTIONS UTILES ET EFFICACES POUR LES PROFESSIONNELS

#### PROPOSER DES OUTILS ERGONOMES ET SIMPLES D'UTILISATION

### SOUTIEN INSTITUTIONNEL

#### PROMOTION DE LA DEMARCHE QUALITE

Démarche  
pédagogique:  
discours pragmatique  
versus  
bureaucratique

Diffusion dans les  
services via des  
personnes relais

#### FORMATION DU PERSONNEL ET EDUCATION A LA DEMARCHE QUALITE

#### RESSOURCES DEDIEES

#### ENGAGEMENT DE LA DIRECTION

### FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

#### MOTIVATION PERSONNELLE À S'IMPLIQUER

### ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

#### DU PERSONNEL PARAMÉDICAL

Volonté de délivrer  
des soins de qualité

### MODES DE RELATIONS INTER- PROFESSIONNELLES

#### LEADERSHIP DES CADRES

#### COLLEGIALITE, COLLABORATION ET DECLOISONNEMENT DES ECHANGES

Travail et dynamique  
d'équipe

### REGLEMENTATIONS & EVALUATIONS EXTERNES

#### EFEETS DYNAMIQUES

Implication et  
participation des  
professionnels  
Acculturation à la  
démarche

MISE EN ŒUVRE ET AVANCEMENT DES PROJETS QUALITE ET GESTION DES RISQUES

## Les facteurs induits : l'acceptabilité du risque et la culture de sécurité

Afin de recueillir les perceptions des acteurs interviewés sur l'influence de la culture de sécurité et de l'acceptabilité des risques sur les actions de gestion des risques déployées, nous avons jugé pertinent de suggérer ces deux facteurs alors qu'ils étaient peu évoqués spontanément au cours des entretiens. Ces données nous ont ainsi permis de répondre à nos deux hypothèses.

### *La culture de sécurité*

Dans la littérature, la culture de sécurité est présentée comme un levier important pour l'avancement des démarches qualité et de gestion des risques. Cependant, elle n'a pas été évoquée en ces termes dans les entretiens réalisés dans le cadre de ce projet, sauf par quelques institutionnels. La majorité des interviewés identifiaient des freins et leviers à l'avancement des actions de gestion des risques qui renvoyaient à des dimensions<sup>14</sup> de la culture de sécurité de la version française du *Hospital Survey On Patient Safety Culture*.

Le premier point de cette partie présente la culture de sécurité telle qu'elle a été abordée spontanément par quelques acteurs interrogés au sein des établissements. Dans un second temps seront présentées les diverses représentations que se faisaient les acteurs interviewés de la culture de sécurité. Enfin, seront exposés les freins et leviers évoqués dans les entretiens faisant écho à certaines dimensions de la culture de sécurité.

### *La culture de sécurité spontanément évoquée*

La culture de sécurité, également nommée « culture qualité » par certains professionnels rencontrés, était abordée comme un levier à l'avancement des actions de gestion des risques par 4 acteurs institutionnels. En effet, ces personnes remarquaient que le développement d'une culture de sécurité était un levier pour leurs établissements :

*« Je crois qu'il y a une vraie culture ici, honnêtement, une vraie culture qualité, gestion des risques. Etre dans cette démarche-là, mais ne pas se mettre non plus en difficulté. Ça ne nous a pas empêché d'avancer beaucoup là-dessus. » (D.G. – E.4) ;*

---

<sup>14</sup> Les 10 dimensions de la version française du *Hospital Survey On Patient Safety Culture* : perception globale de la sécurité, fréquence de signalement des événements indésirables, attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins, organisation apprenante et amélioration continue, travail d'équipe dans le service, liberté d'expression, réponse non punitive à l'erreur, ressources humaines, soutien du management pour la sécurité des soins, travail d'équipe entre les services de l'établissement. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/index.html>

« Ici, la pharmacie est très impliquée dans tout ce qui est sécuritaire, on a des correspondants en hygiène avec qui ça se passe bien et que l'on implique dans les audits. Là, on est dans la culture qualité : on met en avant des professionnels qui mettent en pratique des outils qualité et qui vont être porteurs eux-mêmes du message. » (DSI – E.2).

Certains acteurs souhaitaient voir se développer cette culture afin que tous les professionnels soient impliqués dans la gestion des risques et qu'ils puissent avoir recours aux équipes en charge de la qualité et de la gestion des risques pour améliorer leur pratique.

« Il faut travailler sur la culture, il faut faire en sorte que non pas ça soit le qualicien qui aille voir les gens pour leur faire faire des EPP, il faut faire en sorte que ce soit les gens qui aillent vers le qualicien, le gestionnaire de risques c'est un outil, ce n'est pas un emmerdeur. » (D.Q – E.3).

Enfin, le manque de partage d'une culture de sécurité par les professionnels était perçu comme un frein à l'avancement des démarches et des actions de gestion des risques par deux acteurs institutionnels, comme l'illustre cet extrait d'entretien :

« Avant de parler des résultats, on en revient à ce dont je disais initialement, à un moment donné il faut qu'il y ait des porteurs de la démarche. Il y a des cadres qui sont motivés, il y a des médecins qui sont motivés, mais on est loin d'être encore à l'unanimité de la prise en charge. C'est une culture, et la culture n'est pas encore généralisée, alors d'abord aux médecins, et en même elle n'est pas... Je pense que si tous les médecins n'adhèrent pas à cette culture, on a encore des médecins des services de médecine qui ne sont pas dans cette démarche-là, et puis il y a souvent des soignants qui ne comprennent pas ce que ça veut dire la démarche et ce que ça peut apporter. Effectivement, après ils font éventuellement des signalements pour des veinites ou des dysfonctionnements, ça ils ont la culture du signalement de l'événement indésirable grave, mais par contre ils ne sont pas forcément dans la démarche de dire il faut que je travaille non seulement sur le signalement mais sur la méthodologie pour l'éviter. » (PCME – E.1).

### *Les principales représentations de la culture de sécurité*

D'après The European Society for Quality in Health Care, la culture de sécurité des soins désigne « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être associés aux soins »<sup>15</sup>. L'importance de la culture de sécurité pour la sécurité des soins réside dans ce qu'elle participe à l'élaboration d'un ensemble cohérent et intégré de comportements des professionnels, et donc aux performances des organisations de santé<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (The European Society for Quality in Health Care, [www.esqh.net](http://www.esqh.net)).

<sup>16</sup> Source : HAS - [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture\\_de\\_securite\\_des\\_soins\\_du\\_concept\\_a\\_la\\_pratique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins_du_concept_a_la_pratique.pdf)

Au cours des entretiens, les interviewés étaient invités à s'exprimer de façon très spontanée sur ce qu'évoquait pour eux la culture de sécurité, dans le cadre d'une démarche exploratoire pour étudier les représentations autour de la culture de sécurité. Une typologie des représentations de la culture de sécurité a été élaborée.



**Schéma 16.** Représentations des 71 acteurs interviewés au sein des 5 établissements, en lien avec le concept de culture de sécurité.

### **🔍 La qualité des soins : un savoir être et des compétences inhérentes à la pratique professionnelle**

Pour certains professionnels, la culture de sécurité était associée au fait de travailler pour la qualité des soins, pour les patients : « *la sécurité là est directement pour le patient, et la sécurité, là c'est quoi ? C'est la qualité des soins* » (Acteur institutionnel 2 – E.5) ; « *Pour moi, la culture de sécurité, c'est vraiment dans l'approche du soin, dans sa globalité. Pour moi, poser un cadre sécurisant pour un patient, c'est mesurer les risques qu'il peut y avoir et pas être que dans une conduite matérialiste, c'est penser en équipe, à savoir ce que l'on*

*peut mettre en place dans notre journée pour que notre patient ne se mette pas en danger. C'est dans ce sens que nous sommes vraiment dans une énergie du « prendre soin » et tout le monde y a trouvé son compte parce que dans la sécurité, il y a la sécurité de l'autre mais aussi de soi ; et plus on est dans la bonne ligne, plus on est valorisé dans ce que l'on fait puisqu'on n'est pas dans la tâche et pas dans l'acte. » (IDE – E.5).*

Certains professionnels précisait que le travail pour la sécurité des soins faisait partie de savoir-faire et de compétences intrinsèques à leur métier: « [...] quand on sort de l'école, on doit avoir une sécurité des soins, ça fait partie de nos critères de formation, de nos compétences. » (IDE 3 – E.3). La sécurité renverrait à une attitude réflexive indissociable de leur pratique: « C'est ce qui doit prévaloir en premier. Concrètement, est-ce que c'est le bon patient ? Est-ce que c'est le bon dossier ? Est-ce que c'est la bonne prise en charge ? Est-ce que ce sont les bonnes prescriptions ? A-t-on bien pris la peine d'informer le patient ? Est-ce qu'on a bien entendu ses choix ? » (Acteur Institutionnel 3 – E.3).

Selon certains acteurs interrogés, cette sécurité pour la qualité des soins pouvait être relative au domaine d'activité des professionnels, par exemple de la gestion du risque de chute ou des risques liés à l'hygiène en anesthésie. Comme l'évoquait un médecin, l'importance de la culture de sécurité pouvait être relative à l'activité même de soin: « Je viens d'un service (bloc opératoire) super technique où la culture de sécurité était prioritaire. » (Médecin - E.2).

### **Sécurité pour le patient et pour le professionnel**

---

La culture de sécurité était également assimilée à la sécurité des soins pour les patients et à la sécurité du travail pour les professionnels : « Réduire les dommages, c'est le but ; aux patients, mais ça peut être aussi aux soignants » (IDE 1 – E.4), « On nous demande de ne jamais oublier que ce soit pour le patient ou pour nous » (IDE 2 – E.5) ; « La culture de sécurité, elle est appliquée tous les jours, on la fait tous les jours. On la fait pour les malades et pour nous-mêmes. » (Acteur institutionnel – E.5).

### **Assimilée à des mesures normées, des protocoles, des réglementations externes**

---

Pour d'autres acteurs, la culture de sécurité était assimilée à des mesures normées, des protocoles, des conventions : « Ce sont des règles à suivre dans chaque domaine de travail. » (Cadre de santé 1 – E.4) ; « Pour moi la sécurité s'appuie sur des bases et des protocoles cadrés, plus que sur le ressenti de chacun. » (Cadre de santé 2 – E.4). Elle renvoyait également à des obligations externes de contrôles et aux évaluations réglementaires : « Evidemment parce qu'aujourd'hui on est dans un monde où tout se formalise. On a une visite de contrôle tous les ans, les pharmacies sont contrôlées régulièrement. Il y a les médecins conseils qui viennent vérifier les urgences. Donc la



*sécurité est au rendez-vous plus qu'ailleurs, ça c'est sûr* ». (Médecin 1 - E.3). Certains professionnels percevaient ces procédures et ces injonctions réglementaires comme étant chronophages et difficilement opérationnelles: « *Aujourd'hui la sécurité, c'est quoi ? Ça donne cette même impression qui est : la qualité, c'était faire la procédure. [...] Alors il y a une culture de sécurité pour bien faire qui parfois peut quand même sembler être de la sécurité sur papier. Difficile à mettre en application pratique.* » (Cadre de santé 3 –E.1).

Si certaines mesures liées à la sécurité étaient parfois perçues comme des contraintes, des professionnels y voyaient l'intérêt de mettre en place une dynamique qu'ils s'approprièrent avec le temps et la répétition : « *Comme toutes ces mesures qui sont particulièrement gonflantes et totalement improductives, on s'aperçoit que c'est très intéressant, qu'on a tous à faire des progrès et que le patient va s'y retrouver, c'est évident. Faut pas non plus tout protocoliser et laisser la part à l'humain là-dedans, mais les choses les plus simples sont parfois bonnes à revoir.* » (Médecin 2 – E.5).

A titre d'exemple, les signalements des événements indésirables au sein des services étaient perçus comme des mesures obligatoires « dynamisantes » par plusieurs professionnels des cinq établissements. En effet, la démarche déclarative dans les services et l'analyse des événements ou accidents survenus permettaient d'engager une démarche d'amélioration des pratiques :

« *C'est aussi pouvoir progresser dans nos pratiques à partir d'événements* » (Cadre de santé 4 – E.3) ;

« *Les équipes [...] font des événements indésirables parce que tout ce qui se déclare, ce n'est pas parce qu'on l'a vu, c'est parce que les équipes le signalent.* » (Acteur Institutionnel 1- E.4) ;

« *On est dans la culture de sécurité quand vous avez un professionnel qui arrive et qui va déclarer une erreur. C'est vraiment : j'ai failli avoir un accident, mais je ne sais pas pourquoi je n'ai pas eu d'accident, mais j'ai failli.* » (Acteur Institutionnel 2 – E.3).

## Un concept flou

---

Il est intéressant de constater que cette perception était présente dans les discours des personnes interviewées pour quatre établissements. Dans l'établissement 5, les professionnels rencontrés semblaient plus familiarisés avec ces termes.

Pour certains professionnels, notamment paramédicaux, la culture de sécurité était un concept flou, une boîte noire : « *Je ne sais pas ce qu'on entend par ce terme.* » (IDE 1 –E 2) ; « *Ça ne m'évoque rien du tout* » (IDE 2 – E.5) ; « *Je ne sais pas quoi vous dire...* » (Médecin 1 – E.1) ; « *Ça ne parle pas à tout le monde* » (Acteur institutionnel 1 – E.5). Cette notion n'évoque « *pas grand-chose* » (IDE 3 – E2) ou était perçue comme étant en lien avec des aspects normatifs : « *Honnêtement, je n'en sais rien.* » (Médecin 2– E2).

Des acteurs institutionnels, pour lesquels la définition n'était pas claire, ont proposé de nouvelles terminologies telles que : « *l'idéologie des soins* » et « *la culture qualité* ».

Si la culture de sécurité était un concept méconnu des professionnels, c'était qu'elle renvoyait très souvent à une notion théorique très éloignée de la réalité soignante.

### Une notion théorique

---

Plusieurs acteurs institutionnels abordaient l'aspect très technocratique de la culture de sécurité, qui vient s'opposer à la sous-culture soignante :

*« Les sujets qualité et gestion des risques sont globalement exposés par les spécialistes de manière extrêmement théorique et conceptuelle. A certains moments, on se focalise plus sur la méthode que sur l'objectif qui est le plus important pour le professionnel de terrain. »* (Acteur institutionnel 1 – E.1) ;

*« Ce qui est très difficile dans les établissements de santé, c'est qu'il y a des sous-cultures professionnelles avec à l'intérieur de chaque culture, un aspect sécurité qui est plus ou moins développé. Quelque part, il y a encore un conflit entre les cultures professionnelles des différents intervenants qui ont l'impression d'avoir une culture sécurité parce que c'est leur culture professionnelle mais qui vient entrer en collision avec la volonté d'avoir une culture sécurité partagée entre les différents intervenants parce que l'on sait bien que les problèmes qui se passent, c'est à l'interface entre différentes cultures professionnelles. Et ça, mélangé avec le fait que tout ce qui est culture de sécurité et qualité vient de normes industrielles, qui vient rencontrer la vision un peu « artisanale » de la profession médicale. »* (Acteur institutionnel 2 – E.1).

Ainsi, la notion de culture de sécurité faisait référence à un concept très « *théorisé* » qui manquerait de sens et d'accroche avec la réalité de terrain : « *Ca reste un concept très théorique* » (IDE 1 – E.3) ; « *[...] Il y a des choses, comme Monsieur Jourdain qui fait de la prose sans le savoir, oui, bien sûr on est intéressé par ça. Tout à l'heure, j'évoquais un des chapitres : le rôle des patients. Le patient comme acteur de sa propre santé, blabla... Alors, c'est bien, mais il y a quand même beaucoup de démagogie.* ». (Acteur institutionnel 3 - E.4).

### Inculquer et développer une culture collective partagée

---

Dans le discours de certains professionnels (sur les établissements 3, 4 et 5 notamment), figurait des éléments de la définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins. D'après les extraits d'entretien qui suivent, c'était la notion de « culture » qui a retenu l'attention. En effet, certains font spontanément référence au fait d'inculquer des normes de sécurité aux professionnels : « *C'est notre quotidien. C'est ce que l'on inculque aux équipes* » (Acteur Institutionnel 1 – E.4) ; « *C'est d'essayer d'inculquer aux professionnels les comportements qui permettent de maîtriser ou de limiter au maximum les risques* » (Acteur institutionnel 2 – E.3). De plus, certains professionnels évoquaient la culture de sécurité comme un processus d'appropriation des normes de sécurité : « *Pour moi, la culture de*

*sécurité n'est pas quelque chose qui s'invente. Ça s'apprend, ça s'intègre, se développe et ça s'impose aussi.* » (IDE 1 – E.4) ; *« C'est quelque chose qui est ancré »* (Médecin 1 – E2). Par ailleurs, un autre interviewé évoquait l'idée d'une démarche continue : *« C'est faire fructifier. On continue à travailler tout au long, que ça ne s'arrête pas, que ce soit continu. Au final, il faut que ça porte ses fruits, qu'en fait ça mette en place des choses qui évitent que le risque se reproduise. »* (IDE 2 – E.4).

Enfin, certains associaient spontanément la culture de sécurité à une culture collective, partagée : *« La culture de sécurité, c'est une culture partagée, [...]. Donc c'est sûr que si au sein d'un groupe cette culture n'est pas partagée, ça ne peut pas fonctionner. »* (Acteur institutionnel 3 – E.5) ; *« Je pense que c'est plutôt le collectif qui a fait avancer les choses. Le fait que tout le monde se mette dans la culture de prévention. »* (Médecin 2 – E.5).

### **La responsabilité professionnelle face à l'erreur**

---

La responsabilité professionnelle face à l'erreur était un point important de la culture de sécurité pour deux acteurs interviewés dans l'établissement 2 : *« C'est quand même penser avant tout à la personne qu'on soigne, ne pas être délétère, et assumer ses erreurs. S'il y a eu quelque chose, il faut en informer le médecin, et après on voit avec lui. Il y a plein de choses rattrapables, mais en tout cas être dans cette culture de la sincérité, oui. »* (IDE 1 – E.2). En outre, un acteur institutionnel reprochait le fait de tout ramener au collectif lorsque l'on parlait de culture de sécurité : *« J'ai l'impression que dans la culture de sécurité, nous avons une espèce de désengagement des professionnels qui fait que l'on ramène tout au collectif. »* (Acteur institutionnel - E.2). D'après ce dernier, il ne fallait pas sous-estimer la responsabilité individuelle face à l'erreur, elle devait au contraire être encouragée pour permettre de développer une réelle culture de sécurité.

### **Une réduction du risque ou une prise de risque calculée**

---

D'autres acteurs définissaient la culture de sécurité en lien avec les risques associés aux soins. Pour certains, une culture de sécurité impliquait que les professionnels soient dans une démarche de réduction des risques : *« C'est travailler à réduire les risques pour le patient. »* (Acteur institutionnel 1 – E.4) ; *« Que le patient soit pris en charge dans des conditions optimales, pour limiter au maximum les risques en fait. »* (IDE 1 – E.4). Les professionnels adoptent une attitude préventive *« pour éviter l'accident »* (IDE 3 – E.3), pour *« limiter le dommage lié au soin »* (Acteur institutionnel 1 – E.2). La culture de sécurité était assimilée à une prise de risque calculée, à une démarche réflexive sur le risque, sur l'évaluation du rapport bénéfice / risque de chaque acte de soin : *« Il ne faut pas que le soin*

soit à l'origine d'une complication plus grave que la pathologie pour laquelle on est venu. » (Acteur institutionnel 2 – E.2) ; « [...] notre objectif est toujours de réfléchir à ce que l'on fait. La culture de sécurité passe par la culture du risque, « où c'est que j'ai un risque ? Si j'ai un risque, je ne vais pas le prendre comme ça donc, quelque part ça conduit à la culture de sécurité. [...] Je pense que la culture du risque passe par l'intérêt de faire ou non une action. » (Médecin 1 – E.3) ; « on est sécuritaire si on est toujours dans un grand bénéfice/risque, avec un geste adapté et un suivi du geste. La sécurité c'est aussi de se demander si on sait bien faire un geste ou pas. » (Médecin 2 – E.3). Il s'agissait aussi de participer à une démarche de gestion des risques : « Qu'un établissement soit bien organisé, qu'il connaisse bien ses risques et qu'il peut justement rebondir par rapport à l'identification de ces risques et avoir un niveau de sécurité qui soit le plus optimal possible. » (Acteur institutionnel 2 – E.2).

### L'excès sécuritaire

---

Certains acteurs rencontrés dans les établissements 1 et 2 évoquaient spontanément la culture de sécurité par rapport aux effets pervers qu'elle engendrait. Des professionnels de l'établissement 2 en parlaient de la façon suivante :

*« Moi je suis pour une culture de la sécurité, pas pour une culture sécuritaire. La différence pour moi, c'est que la sécurité apporte un maximum de confort à nos patients dans la prise en charge et d'être respectueux de toutes les procédures en vigueur dans l'établissement. On a toujours cette culture d'évaluer le bénéfice risque pour le patient. Mais quand je parle d'une politique sécuritaire, ça me paraît être une politique qui part plus dans l'excès et on voit plus ce qui est important, on met en place des procédures pour éviter et on perd le sens de notre action. » (IDE 1 – E.2).*

L'excès de sécurité ou la logique du risque zéro était en effet dénoncé comme un frein à l'organisation et la qualité des soins au sein de l'établissement :

*« Des fois, ça va un peu trop dans l'excès que de faire cette culture de sécurité. Je vous donne un exemple : quelqu'un qui arrive dans l'hôpital n'a pas le droit de tomber. Quand la personne tombe, c'est forcément la faute de l'hôpital et forcément par défaut de surveillance. » (Médecin 1 – E.2) ;*

*« On veut zéro problème, on veut le principe de précaution avec le risque zéro, mais le problème c'est qu'on vit dans la vraie vie ! On ne vit pas dans des bouquins. On ne va pas attacher tous les petits vieux pour qu'ils ne tombent pas ! » (Médecin 2 – E.2).*

Enfin, le fait de formaliser une sécurité « papier » plutôt qu'une réelle sécurité au niveau des soins, ou la lourdeur de l'investissement financier que la démarche qualité/sécurité imposait à l'établissement étaient perçus comme deux éléments contre-productifs liés à la culture de sécurité.

## Des ressources humaines effectives, l'existence d'une équipe qualité et la promotion de cette démarche

---

Pour plusieurs acteurs rencontrés dans les établissements 1 et 3, la culture de sécurité était associée à la présence de ressources humaines et matérielles suffisantes pour assurer la sécurité du patient : « *la sécurité du patient, c'est qu'il y ait le matériel qu'il faut, le personnel formé, le patient est au centre de nos préoccupations sur la sécurité* » (Acteur institutionnel 1 – E.3). Certains professionnels de l'établissement 1, évoquaient au-delà des ressources humaines, l'importance de l'équipe qualité / gestion des risques et de la promotion de cette démarche : « *La culture de sécurité est là parce qu'il y a une cellule de gestion des risques qui a fait du travail de terrain* » (DSI – E.1).

Les professionnels ont une façon spécifique d'appréhender le concept de culture de sécurité, plus ou moins éloignée de la vision théorique des gestionnaires ou des chercheurs. Les représentations évoquées étaient diverses mais peu de personnes abordaient cette notion de manière spontanée et évidente. En revanche, elles étaient nombreuses à faire référence à des facteurs en lien avec la culture de sécurité, en tant que freins et leviers à l'avancement des actions de gestion des risques.

### *Perceptions des dimensions de la culture de sécurité comme freins ou leviers à l'avancement des actions de gestion des risques*

Parmi les freins et les leviers (effectifs et potentiels) à l'avancement des actions de gestion des risques évoqués par les professionnels, des éléments correspondants à sept des dix dimensions de la culture de sécurité retenues par la HAS<sup>17</sup>. Il s'agissait des dimensions suivantes : fréquence de signalement des événements indésirables, attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins, organisation apprenante et amélioration continue, travail d'équipe dans le service, ressources humaines, soutien du management pour la sécurité des soins et travail d'équipe entre les services de l'établissement.

---

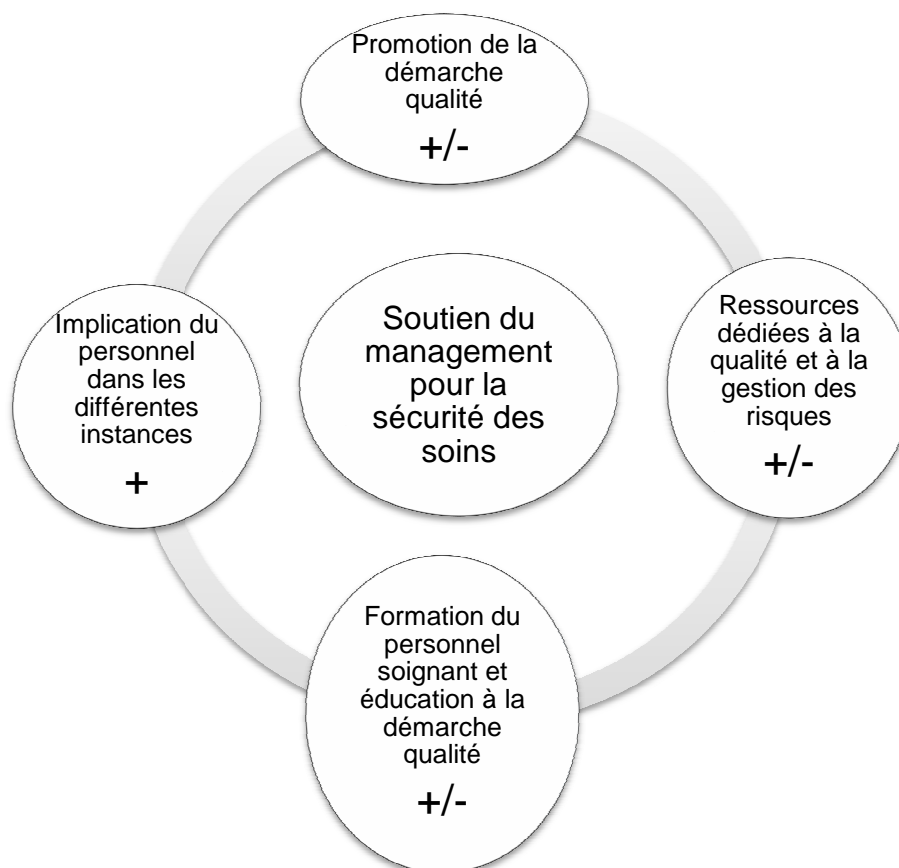
<sup>17</sup> [Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire.](#)

Occelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F, Claverie O, Castets-Fontaine B, Amalberti R, Auroy Y, Parneix P, Michel P. Int J Qual Health Care. 2013 Sep;25(4):459-68.;

[Development of a safety culture: initial measurements at six hospitals in France.](#)

Occelli P, Quenon JL, Hubert B, Kosciolk T, Hoarau H, Pouchadon ML, Amalberti R, Auroy Y, Salmi LR, Sibé M, Parneix P, Michel P. J Healthc Risk Manag. 2011;30(4):42-7.

Le soutien du management pour la sécurité des soins était évoqué à travers plusieurs types de facteurs par les personnes interviewées. Cette dimension faisait référence aux actions menées par la direction et au climat de travail qu'elle instaurait pour favoriser la sécurité et la qualité des soins.



**Schéma 17.** Freins (-) et leviers (+) évoqués correspondants à la dimension « soutien du management pour la sécurité des soins ».

Les acteurs interviewés ont évoqué quatre types de facteurs relatifs au soutien du management pour la sécurité des soins. Trois étaient considérés à la fois comme des freins mais aussi comme des leviers à l'avancement des démarches et actions de gestion des risques alors que le quatrième était considéré comme un levier.

L'inadaptation de la promotion de la démarche qualité était mise en évidence par les acteurs interrogés dans les établissements 1, 2 et 3. C'était un levier à déployer selon les personnes interviewées dans les établissements 1, 2, 3 et 5 :

*« Moi, je pense que si on communique et que l'information circule bien, ça devrait aller mieux. Alors peut-être qu'il faut que l'on soit un peu plus pédagogue sur l'approche de la qualité dans les services pour qu'elle soit perçue de façon moins contraignante. » (DSI – E.1) ;*

*« Il faut convaincre les gens que c'est nécessaire. C'est comme ça que je vois mon rôle. Le problème n'est pas sur les compétences des gens mais il faut organiser le système et avoir les moyens de le faire. » (CDGR – E.2).*

Pour les interviewés de l'établissement 4, ce facteur était déjà un levier opérationnel qui se traduisait par le maintien d'une dynamique d'actions de GDR, une information régulière des professionnels et la présence de personnes relais dans les services pour la diffusion des informations relatives à la GDR pour une plus grande implication de chacun dans la démarche de GDR : *« le premier grand rôle, c'est d'aller auprès des soignants pour leur dire que c'est eux qui déclarent et qui identifient les risques » (CDGR– E.4).*

Le soutien du management pour la sécurité des soins se traduisait également par la formation du personnel soignant et l'éducation à la démarche qualité. Le défaut de formation du personnel soignant était évoqué par des personnes rencontrées dans les établissements 2 et 5 :

*« [...] malheureusement, on ne peut pas le faire de façon plus fréquente. On ne peut pas sortir les gens comme ça des services car nous sommes dans un contexte d'économies et c'est compliqué de faire venir les gens sur leur temps de repos. » (D.G. – E.5) ;*

*« L'autre frein serait la formation des agents, nous avons de plus en plus de difficultés à donner la possibilité aux agents de se former. » (Cadre de santé – E.2).*

A contrario, la formation et l'éducation à la démarche qualité étaient perçues comme des leviers effectifs dans les 5 établissements : *« Régulièrement bien sûr, il y a des actions de formation pour nous sensibiliser à faire des déclarations sur les erreurs médicamenteuses. On est quand même assez sensibilisé. » (IDE – E.2) ; « [...] vu qu'on est formés et sensibilisés, ils (les acteurs en charge de la qualité / GDR) nous introduisent mine de rien à leur groupe de travail, indirectement, mais ils nous sensibilisent. On sait qu'ils existent et on sait qu'on peut se référer à eux si on a besoin aussi. » (IDE –E.4).*

L'insuffisance des ressources dédiées à la qualité était un élément présent dans les discours des personnes interviewées dans les 5 établissements et correspondait à diverses réalités de terrain. Le manque de temps et de capital humain pour les démarches qualité /sécurité /GDR était surtout cité : *« C'est aussi le fait que nous n'avons pas de correspondants qualité et sécurité, et ça paraît un peu éloigné. » (D.Q. – E.1).* Par contre, l'engagement des cellules qualité et de gestion des risques était évoqué comme un levier important à l'avancement des actions par certains acteurs des établissements 1, 2, 3 et 4. Il apparaissait essentiellement comme un levier effectif pour les établissements 2 et 4 à travers notamment l'implication du personnel dans la cellule, le soutien des initiatives locales, le développement de la culture



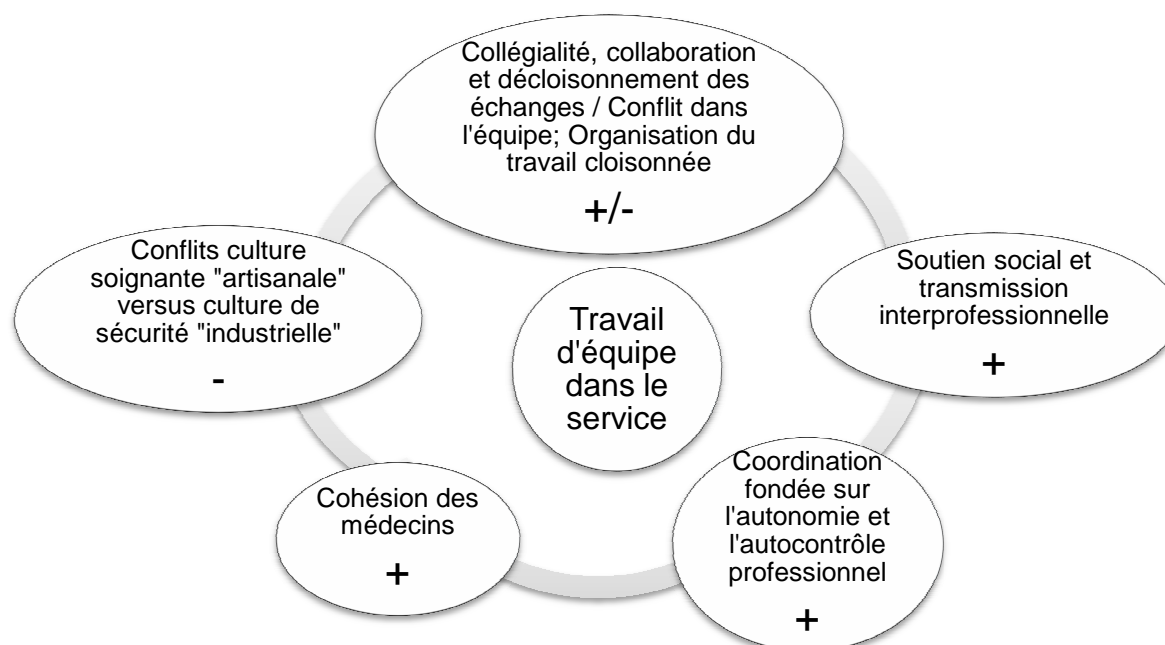
qualité : « Ici, la qualité a beaucoup sollicité les secteurs de soins qui répondent toujours présents et cette culture prend donc forme aujourd'hui. Quand on participe à un groupe de travail animé par la qualité, on fait en sorte de renvoyer le résultat du travail pour le présenter ensuite en réunion cadre. » (DSI – E.2) ; et le système d'information déployé pour la qualité et la gestion des risques.

Ce levier était à développer pour les établissements 1 et 3, à travers le soutien par les équipes institutionnelles des initiatives qualité locales et le développement de la culture qualité avec l'appui des équipes qualité.

De plus, l'implication du personnel dans les différentes instances liées à la qualité et à la gestion des risques était un autre levier présent dans les discours de plusieurs acteurs des 5 établissements.

### Travail d'équipe dans le service

La dimension de la culture de sécurité relative au travail d'équipe dans le service faisait référence au soutien social, aux entraides et aux échanges entre professionnels, notamment face à la charge de travail, au respect de l'autre ainsi qu'à l'émulation professionnelle vis-à-vis de la sécurité des soins. Cette dimension a été évoquée par les professionnels des 5 établissements à travers plusieurs leviers et freins.



**Schéma 18.** Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « travail d'équipe dans le service ».



Les difficultés rencontrées dans le travail d'équipe dans les services ont été évoquées comme des freins à l'avancement des actions de gestion des risques. Par contre, les acteurs de l'établissement 4 n'ont évoqué aucun frein en lien avec le travail d'équipe dans le service. Certains interviewés ont exprimé des difficultés liées aux conflits dans les équipes (entre médecins, entre médecins et cadres de santé) : « *C'est que là effectivement on a toujours les rivalités entre les cadres et les médecins, et c'est toujours un peu compliqué, à faire avancer des démarches. Et puis les médecins, on n'a pas toujours forcément la même vision et on peut peut-être faire avancer les choses différemment sur certains secteurs. Et ça, à mon avis, c'est une grosse erreur...* » (Chef de service – PCME – E.1). D'autres personnes rencontrées en entretiens évoquaient aussi une organisation du travail sectorisée et un cloisonnement des échanges entre catégories professionnelles :

*« Disons que je commence à avoir ma bouteille, j'ai commencé il y a quelque temps, et je regrette un peu si vous voulez les organisations anciennes, à savoir que nous avons une organisation qui était très pyramidale, où on faisait la visite avec l'infirmière, avec l'aide-soignant, on décidait des choses, c'était si vous voulez multi-discuté, aujourd'hui je trouve qu'on a des organisations qui sont parallèles, sectorisées, et je trouve que les échanges deviennent compliqués, sauf si l'on dispose de beaucoup de temps, ce qui, pour le médecin libéral n'est pas toujours possible, parce qu'on n'a pas le même fonctionnement dans un hôpital où il y a un chef de service, un sous-chef, des internes, etc., et ici où vous êtes tout seul. Je pense qu'on ne peut pas toujours superposer les deux systèmes de fonctionnement, et bien souvent le fonctionnement hospitalier est pris en référence. »* (PCME – E.5).

L'existence de sous-cultures professionnelles (propres à des spécialités, des secteurs d'activité) était un autre frein évoqué pouvant être une difficulté supplémentaire au travail d'équipe dans les services. En effet, ces sous-cultures professionnelles peuvent freiner malgré elles le déploiement d'une culture de sécurité commune :

*« Mais ce qui est très difficile dans les établissements de santé c'est qu'il y a des sous-cultures professionnelles avec à l'intérieur de chaque culture, un aspect sécurité qui est plus ou moins développé. Quelque part, il y a encore un conflit entre les cultures professionnelles des différents intervenants qui ont l'impression d'avoir une culture sécurité parce que c'est leur culture professionnelle mais qui vient entrer en collision avec la volonté d'avoir une culture sécurité partagée entre les différents intervenants parce que l'on sait bien que les problèmes qui se passent, c'est à l'interface entre différentes cultures professionnelles. Et ça, mélangé avec le fait que tout ce qui est culture de sécurité et qualité vient de normes industrielles, qui vient rencontrer la vision un peu « artisanale » de la profession médicale. »* (D.Q. – E.1).

La qualité des relations interprofessionnelles était perçue comme un levier effectif par les interviewés mais également comme un levier à développer (notamment dans l'établissement 1). Elle se traduisait notamment par une certaine collégialité, collaboration entre professionnels : « *Ça vient de l'équipe, on a essayé de voir les plans pour changer la salle de soins pour le rangement, il y a une infirmière de jour qui a essayé de voir la pharmacie, de façon à calculer le nombre de rangements... et ça fait partie de la dynamique d'équipe.* » (IDE – E.5) ; ainsi qu'un décloisonnement des échanges entre les différents professionnels.

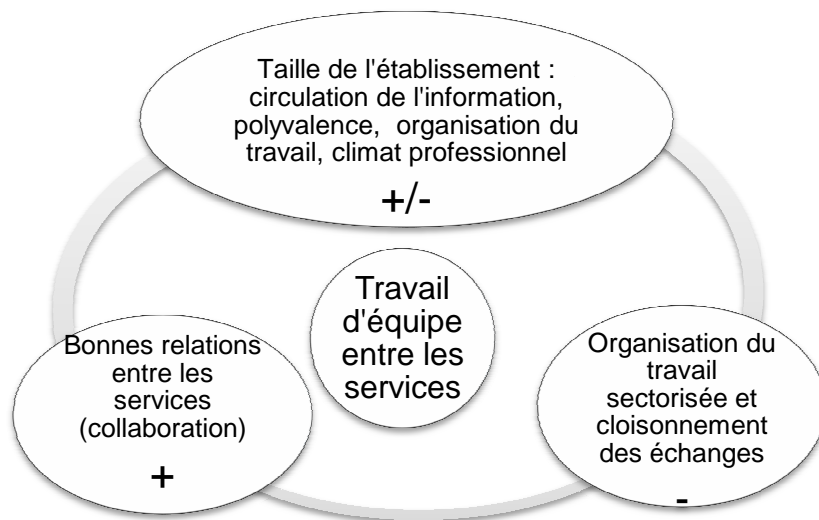
Le climat de confiance était également cité à plusieurs reprises : « [...] C'est lié au fait qu'on travaille avec certains depuis longtemps ensemble, on est presque de la même génération avec certains, on se connaît et on se fait confiance. Avec les plus jeunes qui sont arrivés aussi, je crois qu'il y a une confiance qui s'est créée. Ils nous ont vus travailler, ils ont vu qu'on travaillait beaucoup, donc les fois où on se trompe, et on s'avoue nos erreurs parce qu'il y a des erreurs médicales de temps en temps. Ce sont des personnes avec qui la communication passe bien. » (IDE – E.2). Plusieurs personnes interviewées au sein de l'établissement 1 ont évoqué l'importance de développer une plus grande cohésion entre les médecins d'une même spécialité afin de faciliter le travail d'équipe dans le service.

Selon certains acteurs, le soutien social et la transmission interprofessionnelle étaient des facteurs qui favorisaient le travail d'équipe dans les services : « il ne faut pas sous-estimer la transmission personne par personne parce que c'est ça qui est encore beaucoup pratiquée. Une nouvelle va plutôt s'appuyer sur une ancienne pour savoir comment on fait les choses. » (D.Q. – E.1) ; « L'intérêt, c'est qu'on a beaucoup de stagiaires qui renouvellent un petit peu nos pratiques, ça nous fait poser des questions, pas forcément en bien mais au moins ça nous fait chercher l'information. » (IDE – E.3). La coordination du travail fondée sur l'autonomie et l'autocontrôle professionnel était aussi appréciée par certains interviewés de l'établissement 5 : « On a notre infirmière référente qui nous a aidés sur pas mal de choses, d'un point de vue perso on a eu le projet de réorganiser le service... » (IDE 1 – E.5) ; « Oui, il y a une bienveillance de la structure, c'est évident car nous avons été bien autorisés à lancer les idées et on a été poussé à les mettre en place. » (IDE 2 – E.5).

### Travail d'équipe entre les services de l'établissement

---

La dimension relative au travail d'équipe entre les services comprend l'organisation du travail entre les services (coordination, planification, etc.), la collaboration entre les services, la qualité du travail d'équipe entre les services, et les éléments liés à la transmission et aux échanges d'informations entre les services.



**Schéma 19.** Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « travail d'équipe entre les services ».

Des aspects structurels de l'établissement (taille de l'établissement par exemple ont été abordés par différents professionnels, et considérés comme des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques et au travail d'équipe entre les services. En effet, la petite taille de certains établissements (notamment les établissements 3, 4 et 5) favorisait la circulation des informations entre les services et la mise en œuvre des projets : « *parce que nous sommes une petite structure, parce qu'il n'y a pas beaucoup de hiérarchie entre nous et la directrice des soins, donc forcément l'information passe vite et les choses se mettent vite en place.* » (IDE Hygiéniste – E.4). L'organisation de réunions et les échanges entre les services étaient également facilités : « *[...] c'est une petite structure, on arrive à faire des réunions régulièrement, que ce soit des réunions du service à proprement parler, ou interservices.* » (IDE – E.5) ; « *Le maximum est 14 lits. De très petites unités. Ce qui facilite un peu la communication. Tout sur la même aile, c'est facile.* » (IDE Hygiéniste – E.3).

Les bonnes relations entre les services étaient mises en avant par les professionnels, notamment au sein des petites structures : « *Il y a une bonne relation entre les services et ça facilite aussi. Si on sent qu'il y a un malaise, N... demande une réunion.* » (Cadre de santé – E.4).

Les aspects structurels pouvaient également être des freins au travail d'équipe entre les services. Dans les établissements de grande taille (1 et 2), l'organisation en pôles ne favorisait pas nécessairement un meilleur travail entre les services : « *On a des pôles qui ne fonctionnent pas très bien. Beaucoup trop de pôles, même si on a divisé notre nombre de pôles, on est passé de 14 à 11 pôles, on a des chefs de pôle la plupart qui ne sont pas très*

*intéressés par la démarche, qui n'ont pas très envie de s'investir, qui ne voient pas trop l'intérêt de ces pôles [...] » (D.Q. – E.2).*

Par ailleurs, la petite taille des 3 autres établissements, perçue comme un levier par certains acteurs, a également été évoquée comme un facteur freinant par d'autres interviewés : « *On est une petite structure mais il y a aussi l'inconvénient qui est aussi que l'information va très vite et peut être transformé par les personnes et qu'il peut y avoir des mouvements de panique pour des choses... » (IDE – E.5).*

Le cloisonnement des échanges entre les services et l'organisation sectorisée du travail étaient mis en évidence par plusieurs acteurs des établissements 1, 2, et 5 notamment :

*« Globalement, l'établissement a une très grosse activité, on n'est pas forcément toujours bien organisé, on a du mal à travailler au niveau des interfaces, chacun travaille de façon relativement cloisonnée, c'est un gros frein ! [...] Ce qui fait que comme ils ne sont pas habitués à travailler de façon transversale, quand vous travaillez sur un thème qui concerne un service, automatiquement ça débouche sur l'analyse d'organisation avec les autres secteurs et c'est là où ça devient très compliqué parce qu'ils ne sont pas habitués à regarder ce que font les autres et voir ensemble ce qu'on peut améliorer. » (D.Q. – E.2).*

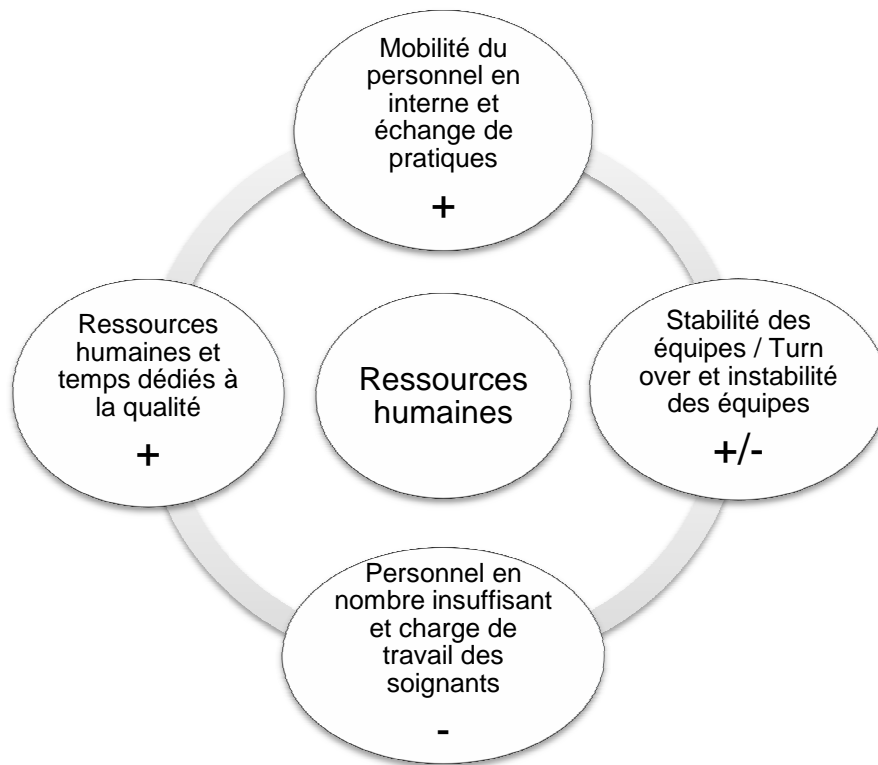
En outre, le cloisonnement des activités liées aux soins et des activités liées à la qualité et à la gestion des risques était perçu comme un frein à l'avancement des actions de gestion des risques selon certains acteurs :

*(La personne interviewée évoquait le cloisonnement des services de soins et du service qualité / GDR) « L'explication est relativement simple : on n'a pas voulu forcément le cloisonner, mais comme à un moment il a fallu répondre à certaines obligations et qu'on n'a pas pu aller chercher sur le terrain des personnes, eh bien on a constitué des groupes à côté. On en arrive à des situations avec des décideurs qui ne sont pas forcément du terrain, avec des décideurs, même s'ils sont de terrain, qui ne sont pas au clair avec la vraie activité des services, et qui pondent des tas de procédures et qu'on reçoit après en disant : pffff... » (Cadre de santé – E.1).*

## **Ressources humaines**

---

Cette dimension de la culture de sécurité concerne les ressources humaines nécessaires pour faire face à la charge de travail en veillant à la sécurité des soins et au temps disponible pour la qualité et la gestion des risques.



**Schéma 20.** Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « ressources humaines »

Plusieurs facteurs étaient liés à cette dimension, tels que la stabilité des équipes, la mobilité du personnel en interne et l'échange de pratiques. La stabilité des équipes était présentée comme un levier à l'avancement des actions, car elle permettait aux équipes de travailler dans une plus grande sécurité des soins et d'avoir du temps pour s'investir dans d'autres activités éventuellement :

*« Oui, vu qu'au niveau du travail on sait ce qu'il y à faire, donc on peut plus prendre le temps de nous impliquer ailleurs. » (IDE – E.4).* La mobilité du personnel en interne pouvait parfois être un palliatif à la charge de travail sur certains secteurs *« Après au sein de l'hôpital, il y a du personnel roulant, c'est vrai aussi que madame G. essaye de faire changer les gens de poste... Je pense que la communication entre les équipes ça fonctionne pas trop mal. C'est marrant de voir parfois des pratiques qui se mettent en place au sein d'une équipe, et qui vont se propager au sein des équipes d'un roulement, et l'autre roulement va avoir des pratiques différentes, donc il y a des choses qui se propagent. » (Q. E.3).*

La gestion des ressources humaines était globalement perçue comme un levier à déployer afin de faciliter l'avancement des actions de gestion des risques dans les services.

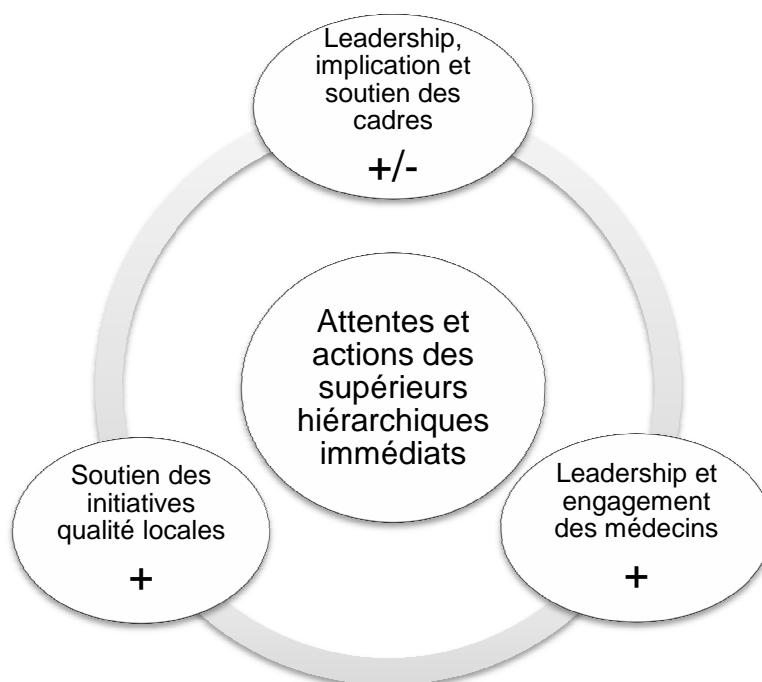
Dans presque tous les établissements (1, 2, 3 et 5), des personnes souhaiteraient voir s'améliorer la mise à disposition par les directions, de ressources ou de temps dédiés à la qualité et à la sécurité des soins, notamment au sein des services :

*« Si on voulait vraiment bien faire on a un référent, et régulièrement ce référent, en fonction des réunions, des choses qu'il a discutées au cours de ces réunions, fait un relai dans les équipes. Mais pour pouvoir faire ça, il faut pouvoir dégager du temps [...] » (Cadre de santé – E.1)*

*« Voilà, quand ils mettent quelque chose en place, il faut qu'ils s'organisent pour que l'on puisse donner un peu. Il ne faut pas qu'on le fasse à l'arrache, entre deux choses. Il faut s'adapter à ce que l'on veut obtenir et se donner les moyens sans que ça vienne perturber le fonctionnement. » (IDE – E.3).*

Plusieurs freins ont été identifiés pour cette dimension. Le turn over et l'instabilité des équipes perturbaient, selon des acteurs interviewés, le partage d'une culture commune : *« [...] ça a été un facteur d'épuisement des équipes parce qu'on est toujours en train de former des nouveaux. Et ça a été une limite à la culture d'équipe parce que pour une équipe arrive à travailler dans la solidarité, il faut qu'elle ait un minimum de stabilité qui apporte la confiance en l'autre. » (CGDR – E.1).* Cette instabilité des équipes pouvait être une difficulté supplémentaire pour les professionnels faisant partie d'une équipe fixe, mais pouvait aussi avoir une influence négative sur le moral et l'implication des professionnels contractuels, vivant une certaine précarité de l'emploi.

Plusieurs personnes interviewées (n = 31/71) au sein des 5 établissements indiquaient une charge de travail importante et un manque de personnel soignant pour y faire face : *« La charge de travail est le plus gros frein » (IDE – E.4) ; « Je vous ai dit, ce qui peut freiner, c'est la charge de travail, essentiellement. » (Médecin – E.2) ; « Je dirai que depuis le début de l'année, c'est compliqué parce qu'il y a une grosse pression financière et ça a une influence dans les services parce que si on ne remplace plus les gens, les soignants sont obligés de faire ce qu'ils peuvent sur le terrain. » (D.Q. – E.5).* Selon certaines personnes interviewées, la charge de travail pouvait être un obstacle important à la sécurité des soins dans le travail, ainsi qu'à l'implication des professionnels dans les activités supports comme la qualité et la gestion des risques.



**Schéma 21.** Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins »

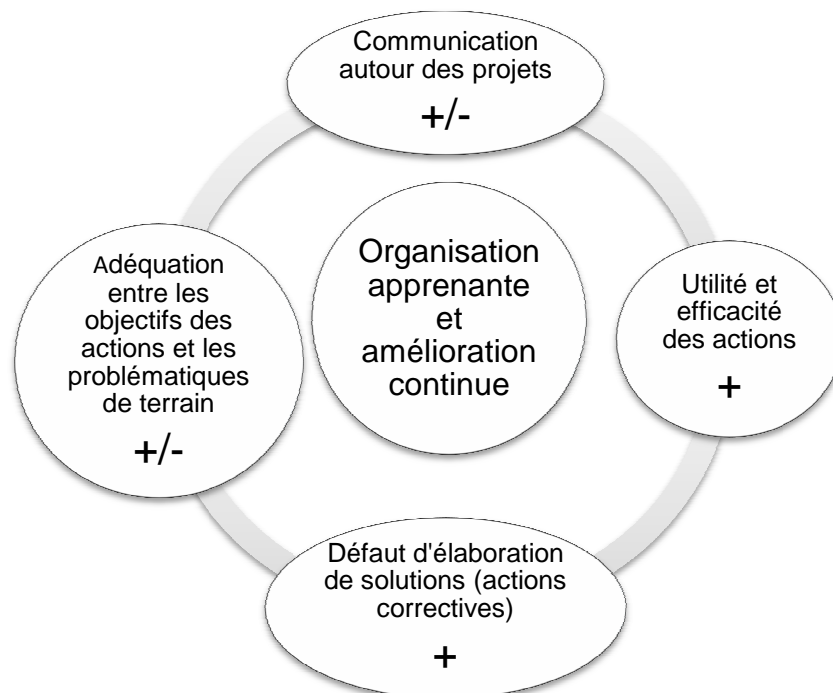
Le soutien des initiatives qualité du personnel soignant était perçu comme un levier par plusieurs professionnels, notamment dans les établissements 1, 4 et 5. Le leadership et l'implication des cadres étaient considérés comme des leviers effectifs et des leviers à développer par de nombreux acteurs des 5 établissements. Le leadership et l'engagement des médecins était un levier à développer pour plusieurs acteurs de l'établissement 1 tandis qu'il était présenté comme un levier effectif par les acteurs des établissements 3, 4 et 5 : « *Oui, entre médecins, on a fait participer les infirmières et tant et si bien que maintenant, on peut mettre une Ventilation Non Invasive (VNI) sans aucun problème aux urgences. Il faut qu'il y ait une véritable demande et qu'il y ait une émulation des gens autour de ça.* » (Médecin – E.3.).

Par contre, des acteurs de l'établissement 1 et de l'établissement 3 percevaient un manque de soutien des cadres au sein des services :

« Je suis infirmière et j'ai demandé une salle pour moi pour faire des irrigations et je voulais un bureau, je suis passée par mes chefs de service, les médecins parce qu'eux ils savent de quoi je parle parce que c'est eux qui me les envoient. Et je les ai eus sans problème alors que ça faisait des années que je les demandais aux cadres et ça n'avancait pas. Des fois on fait des détours pour arriver à certaines choses mais je comprends qu'ils aient des freins aussi mais le travail d'équipe manque. [...] Manque de coordination alors qu'on est les plus concernés parce que c'est nous qui allons mettre en pratique mais nous sommes les moins informés et on ne tient pas compte de ce que nous disons. Manque de coordination, c'est le mot. » (IDE – E.3).

### Organisation apprenante et amélioration continue

Cette dimension correspond aux actions prises (notamment correctives) et aux enseignements tirés après l'analyse des événements indésirables signalés par les professionnels dans le but d'améliorer la sécurité des soins dans les services. Cette dimension prend aussi en compte la participation des professionnels à l'élaboration de solutions suite aux événements indésirables signalés, l'évaluation de l'efficacité des actions, les retours d'informations de leurs mises en œuvre dans les services.



**Schéma 22.** Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « organisation apprenante et amélioration continue »

La communication autour des actions et des projets liés à la qualité et à la gestion des risques était récurrente dans le discours des interviewés de chaque établissement. En effet,



l'importance de la fluidité de la transmission d'informations grâce à de multiples relais (chef de service, IDE responsable, référents GDR) et du retour d'information des actions étaient soulignés comme des leviers effectifs et à développer : (Cette IDE évoquait ce qui pouvait favoriser les actions de gestion des risques) *« L'information et la stimulation, inciter le personnel à appliquer les nouvelles méthodes. Je dirais presque plus de flicage. Et nous expliquer l'intérêt du protocole, nous dire pourquoi le protocole d'il y a deux ans n'est plus applicable, pourquoi il faut appliquer celui-là alors qu'il est moins rapide peut-être, je ne sais pas... »* (IDE – E.3) ; *« Ce qui peut favoriser l'engagement, c'est d'accepter de prendre du temps pour en parler, ce que je fais là. Et puis ensuite, essayer de faire un débriefing de la situation. C'est-à-dire qu'une fois que vous aurez vos résultats là-haut de tout ce qui a été fait, de nous les présenter et à vous de nous convaincre de la pertinence de vos conclusions, ou du moins de vos interprétations. »* (Médecin – E.2).

Un certain nombre de solutions était proposé par les professionnels pour améliorer la mise en œuvre et l'avancement des actions, telles que l'élaboration d'outils et d'actions de gestion des risques utiles pour les professionnels, ergonomiques et prenant en considération des réflexions émanant des services de soins. Ce verbatim illustre ce dernier point :

*« Oui, c'est sûr que quand ça vient d'en-bas, les filles demandent des choses concrètes, et on leur répond par du concret. Après, quand c'est des choses qui viennent d'en-haut, c'est parfois des choses de l'ordre des statistiques, là c'est sûr que, ne serait-ce que psychologiquement, les gens sont moins motivés quand ce sont des actions à mener au niveau de la sécurité, de la qualité, des actions concrètes. Qui concernent le patient, le soin du patient. Et puis le confort du travail du personnel. »* (Médecin – E.4).

Le manque de retour d'informations sur les actions était perçu comme un frein par les acteurs de l'ensemble des établissements : *« Il y a des groupes de travail qui se font mais il n'y a pas vraiment de communication ensuite. Vous avez remarqué comment ça se passe aujourd'hui, et bien c'est pareil. Il y a des comptes rendus mais il n'y a pas une fiche. »* (IDE – E.3). Seuls les acteurs de l'établissement 4 n'évoquaient pas le manque d'adéquation entre les objectifs des actions et les problématiques de terrain comme un frein à l'avancement des actions dans leur établissement. C'était un facteur évoqué à plusieurs reprises dans les autres établissements. Enfin, certains acteurs mettaient en évidence le défaut d'élaboration de solutions, ou de planification et de mise en œuvre d'actions correctives, par exemple suite à un événement indésirable.

Ceci décourageait, selon eux, les professionnels à continuer à déclarer des événements indésirables ou des erreurs dans les services : *« Ça décourage, ça ne donne pas envie de refaire une fiche. On fait une fiche parce que vous pensez qu'il y a un résultat. Donc petit à petit, vous allez plutôt en parler que de faire une fiche tout en sachant que ça n'apportera pas forcément une solution. »* (Médecin, E.3).

Après avoir identifié les diverses représentations des acteurs interviewés par rapport à la notion de « culture de sécurité », nous avons montré comment, malgré la faible résonance de cette notion, les interviewés évoquaient pourtant plusieurs de ses dimensions en tant que freins et leviers à l'avancement des démarches et actions de gestion des risques.

La culture de sécurité développée dans un établissement de santé peut participer, en partie, aux représentations que les professionnels soignants et administratifs se font des risques infectieux et à leur façon d'accepter ou non ces risques.

La partie suivante expose les perceptions que les acteurs interviewés se faisaient du risque infectieux sur CVP et de son acceptabilité, et des éventuelles conséquences que cela pourrait avoir sur l'avancement des actions de gestion des risques.

### *L'acceptabilité du risque*

Une première étude sur l'acceptabilité du risque (MALIS<sup>18</sup>) nous a conduits à considérer le rôle potentiel que pouvait jouer cette variable sur l'avancement des actions de GDR.

Un des premiers constats était que l'acceptabilité du risque n'était pas citée spontanément comme un déterminant de l'avancement des actions.

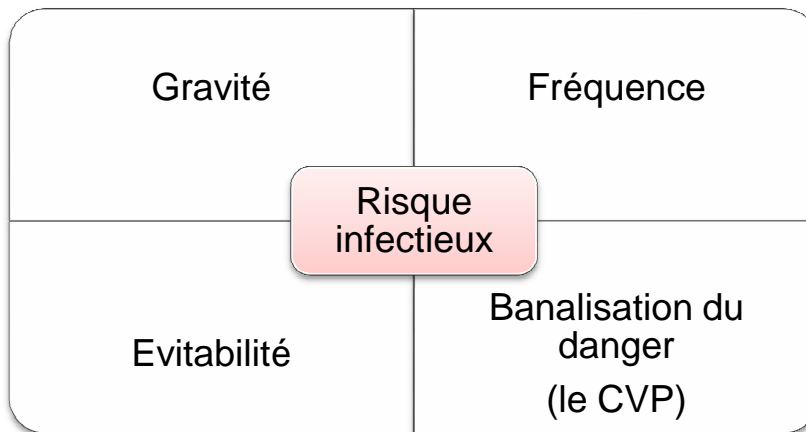
Au cours des entretiens, les professionnels étaient questionnés sur la façon dont ils percevaient le risque infectieux sur CVP. Aussi, il leur était demandé si, d'une part, le risque infectieux sur CVP était un risque acceptable et, d'autre part, si le fait d'accepter ce risque infectieux pouvait être un frein à la mise en œuvre et à l'avancement de l'action en cours. Les second et troisième points de cette partie reprennent les réponses à ces questionnements.

#### *Perceptions du risque*

L'analyse du discours rendait compte de diverses perceptions du risque infectieux sur CVP, de sa gravité, de sa fréquence, de son évitabilité. Une minimisation du risque en lien avec une routinisation de la pratique et une banalisation du danger (utilisation du CVP) était constatée. Les perceptions des interviewés étaient centrées sur une ou plusieurs de ces caractéristiques du risque.

---

<sup>18</sup> Michel P, Quintard B, Quenon JL, Roberts T, Nitaro L, Kret M. Etude Nationale sur l'acceptabilité des principaux types d'événements indésirables graves associés aux soins en population générale et chez les médecins. Rapport final, Bordeaux, CCECQA. 2010.



**Schéma 23.** Matrice de croisement des principales dimensions des perceptions du risque infectieux sur CVP par les acteurs interviewés.

### Un risque grave mais peu fréquent

Les acteurs interviewés avaient des représentations différentes du risque infectieux sur CVP en fonction de leur perception de sa gravité et de sa fréquence. Plusieurs acteurs évaluaient ce risque comme étant potentiellement grave mais peu fréquent, comme en témoignent les extraits d'entretiens suivants :

« C'est un risque majeur, même si ce n'est pas très fréquent. J'ai le souvenir d'une phlébite, c'est tout. Il y a eu des petites veinites mais que l'on soigne bien. » (Cadre de Santé – E.4) ;

« C'est un risque important, l'infection sur cathéter, mais on n'a jamais eu de retour, de complications sur cathéter, non. » (Cadre de Santé – E.5) ;

« C'est un risque très important mais ça reste un risque que l'on est censé depuis longtemps avoir réduit par la mise en place de tout ce qui est législatif.  a doit être quelque chose d'acquis. » (Chargé de projet qualité – E.4) ;

« C'est un risque important qualitativement et quantitativement malheureusement, car c'est un risque potentiellement grave, même si j'ai rarement eu des complications graves. » (Médecin – E.5).

### Un risque grave et fréquent

Le risque infectieux sur CVP était considéré par d'autres acteurs comme un risque « fréquent et grave » (CGDR – E.1) : « Le nombre de veinites et la gravité potentielle est trop importante pour ne pas que l'on s'y intéresse. » (Médecin – E.1) ; « Le risque est très présent, très important. On a le risque à la fois au moment de la pose, le risque à chaque manipulation... » (IDE – E.5). La fréquence perçue du risque infectieux sur CVP en faisait, pour certains acteurs, un risque majeur pour lequel il fallait rester vigilant : « C'est donc là où

*il faut être le plus vigilant. C'est vraiment les soins où l'on a je ne sais pas combien de pourcentage de chance de leur refiler quelque chose. » (IDE 1– E.1).*

### **Un risque grave pour lequel il faut rester vigilant**

---

La gravité du risque était aussi perçue par certains acteurs, sans qu'ils fassent nécessairement de lien avec sa fréquence :

*« Oui (un risque) important. Il ne faut pas le négliger parce que les conséquences peuvent être graves. Voilà mon avis. » (Médecin – E.1) ;*

*« Pour avoir vu au niveau infectieux des cathéters infectés, on se rend compte que ça peut aller loin... » (IDE – E.2).*

Un petit nombre de personnes interviewées considérait la veinite comme un risque infectieux sur CVP pouvant avoir des conséquences graves : *« [...] il peut y avoir de très grandes veinites qui rendent impotent le patient pendant plus d'un mois. » (IDE – E.1) ;*  
*« Tout de suite, on prend la température, ce sont des gens qui ne vont pas bien, ça leur fait mal, ils sont inconfortables, et après ça devient un peu général. Donc, oui, c'est important, il faut être vigilant. » (IDE – E.4).*

### **Minimisation du risque**

---

Plusieurs acteurs interrogés minimisaient le risque infectieux sur CVP. Dans certains discours, le risque infectieux sur CVP était considéré comme relativement fréquent mais peu grave puisqu'il se traduisait la plupart du temps par de « simples veinites »<sup>19</sup>:

*« [...] on ne me les déclare pas (les veinites), je ne pense pas qu'elles soient identifiées comme un risque grave. » (CGDR – E.1) ;*

*« Parce que ça ne comporte pas beaucoup de risque. Ça ne dégénère pas en fait, je ne l'ai jamais vu. Nous voyons tellement de choses plus « gores » et risquées que lorsque l'on voit le point de ponction un peu infecté, on ne s'inquiète pas plus que ça. » (IDE – E.5) ;*

*« Le capital veineux des patients ici est quand même fragile, on est souvent confronté à des veinites [...] Grave, je n'irai pas jusque là, maintenant fréquent, oui, on est amené à en voir régulièrement. » (IDE – E.2).*

D'autres personnes interviewées estimaient que le risque infectieux sur CVP était un risque rare et minime en termes de gravité :

*« Je trouve que c'est extrêmement rare. On a eu des veinites suite à une injection de venofer, plusieurs fois de suite. Ça a été signalé à la pharmacie et on sait que le venofer peut provoquer des veinites. Mais ça fait des années que je n'ai pas vu d'infection. » (Cadre de Santé – E.4) ;*

---

<sup>19</sup> Cf. <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/veinite>: c'est l'irritation de l'endothélium de la veine qui est à l'origine de cette complication. Dans un premier temps, le trajet de la veine perfusée est inflammatoire (rouge, chaud et douloureux) et parfois visible à l'œil nu.

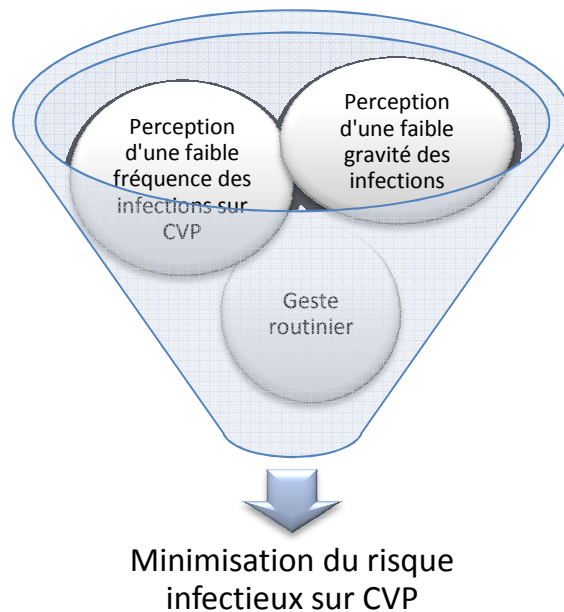
« Les veinites, ça arrive un peu... Ce serait beaucoup de paperasses pour rien, dans le sens où le fait d'éviter les veinites, on le sait déjà, c'est limiter la durée de perfusion, après il y a des gens, des patients qui vont faire des veinites et on ne sait pas pourquoi, donc essayer d'analyser pourquoi, c'est juste aller chercher la petite bête pour quelque chose où au final on ne va rien changer. » (Médecin – E.2) ;

« Et là, on peut dire quelque chose : le cathéter veineux périphérique infecté, c'est beaucoup plus rare, et surtout c'est très rarement grave, donc ce n'est pas vraiment un problème. » (Médecin – E.4).

La routinisation du geste de soin peut être un facteur explicatif de la minimisation du risque par les professionnels. En effet, la pose et la manipulation du CVP apparaissent dans le discours de nombreux acteurs comme un soin routinier qui engendrait une certaine banalisation de ce geste invasif et du risque infectieux associé :

« [...] Vous savez la pose de perfusion, je ne trouve pas que ce soit un soin bien aimé des professionnels de santé, il y a peu de gens qui savent. Poser une perfusion, c'est un soin très banalisé parce qu'on en pose beaucoup et on en oublie un peu les grandes recommandations, donc des veinites il y a en a quand même. Il y a beaucoup de soignants qui considèrent que si la perfusion coule, elle passe et elle est efficace. Si le pansement n'est pas sale, ma perfusion va bien parce que c'est devenu un soin tellement courant qu'on en oublie un peu tout ce que ça peut entraîner. Lorsque j'ai commencé en 1998, lorsqu'on avait une veinite, c'était grave. Maintenant, poser un cathéter c'est très libéré dans les mœurs. » (IDE – E.5) ;

« C'est vrai que pour la pose du cathéter veineux périphérique, pour revenir au sujet, c'est quelque chose qui est banalisé pour une infirmière. Tous les malades, on les perfuse tous les jours. C'est devenu tellement récurrent, tellement quotidien, que c'est devenu un geste banal. Mais c'est comme un chirurgien cardiaque qui ouvre le thorax pour opérer un cœur du matin au soir, pour lui, mettre la main dans la poitrine ouverte, c'est devenu banal ! Tout ce qui est devenu quotidien, routinier, risque de devenir à tort banaliser, et donc du coup à risque. » (Médecin – E.2).



**Schéma 24.** Illustration des facteurs pouvant expliquer la banalisation du risque infectieux sur CVP selon les acteurs interviewés.

La routinisation du soin et une perception d'un risque infectieux peu fréquent et généralement peu grave peuvent expliquer, en partie, la banalisation du risque par certains professionnels. La routinisation du soin avec un CVP rend, ce geste « banal » pour les professionnels et peut réduire leur vigilance.

### Un risque inévitable car inhérent aux soins

Une des perceptions du risque infectieux sur CVP faisait référence à l'inévitabilité de ce risque. En effet, certains acteurs estimaient que le risque infectieux était présent à partir du moment où l'on dispensait un soin :

*« Un risque par définition, on ne peut pas l'éviter. Ma perception, c'est que ça arrivera toujours. Le risque est toujours péjoratif pour le patient, que ce soit une veinite sans trop de complications ou une veinite très compliquée, avec une septicémie à la clé. Maintenant, est-ce un risque acceptable ? Non. Ça fait partie des soins et des complications anormales d'un soin. Maintenant, ce sera toujours un risque et toujours une réalité. A partir du moment où on met en place un dispositif, un corps étranger dans un organisme, il y aura toujours un risque de complication infectieuse, et au-delà du risque il y aura toujours des patients pour qui ce sera une réelle complication. » (Cadre de santé – E.1) ;*

*« C'est notre travail, donc le risque il y est. Le fait de poser un cathéter, c'est un risque. » (IDE – E.2) ;*

*« Le risque de veinite existe à partir du moment où l'on pose un cathéter, mais dans quelles mesures il survient ? C'est à évaluer... » (Médecin – E.3).*

Pour certains acteurs, le risque ne pouvait pas toujours être évité mais pouvait être limité ou réduit : *« Personne n'est parfait, le risque est là, sinon on ne travaillerait pas dessus, mais*

*c'est quelque chose que l'on peut éviter, par le biais de notre formation on a appris des techniques qui font qu'on limite un maximum ce risque. » (IDE –E.4) ; « A priori non, c'est un risque inhérent au système, mais qui ne doit pas être accepté. » (Médecin – E.5).*

### **L'existence d'autres risques prioritaires**

---

Certains professionnels ne se représentaient pas le risque infectieux sur CVP comme un risque prioritaire. Les personnes rencontrées évoquaient notamment la fréquence et la gravité des infections pour justifier leurs propos. Le premier extrait d'entretien suivant témoigne d'une stratégie de déplacement du problème :

*« Je pense qu'il faudrait mieux se focaliser sur des risques beaucoup plus importants que se braquer sur un risque qui somme toute ne se concrétise que rarement par des pathologies graves. » (Médecin – E.4) ;*

*« Sur le CVP, je pense que si on le met par rapport au nombre de CVP posé, il est faible. Si on le positionne par rapport aux risques liés à un cathéter veineux central, en général les conséquences sont plus faibles. » (D.Q. – E.5) ;*

*« il (le risque infectieux sur CVP) est peu fréquent et peu grave contrairement aux voies veineuses centrales, aux C.I.P. qui sont beaucoup plus fréquentes. » (Médecin – E.5).*

Leur reconnaissance de l'utilité d'une action de réduction des risques et leur investissement dans ces démarches reposaient sur une évaluation de la gravité et de la fréquence du risque. *« C'est pas qu'il n'est pas prioritaire, c'est qu'il y a aussi d'autres risques qui ont été sous-évalués, et il y a eu beaucoup de travail sur le risque infectieux et pas forcément sur d'autres. » (D.Q. – E.1).*

L'intérêt porté au risque infectieux sur CVP variait selon les secteurs d'activité et les spécialités des professionnels.

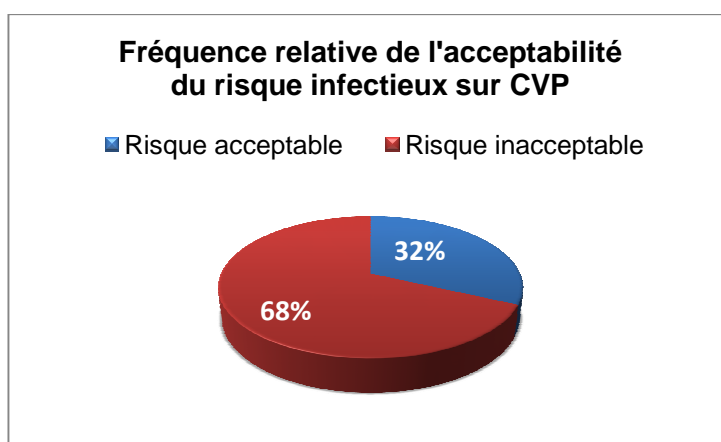
*« Ils ont opéré, ils regardent leur opération. Le chirurgien ne va pas regarder la veinite du bras dont il pense que c'est moins important... S'il y avait des conséquences sur le patient qui n'étaient pas bien, ce serait important. Mais, si c'est juste la veinite un peu rouge et que ça va passer, voilà... » (IDE Hygiéniste – E.3).*

Cet extrait d'entretien illustre une logique de rationalisation du problème relatif à l'infection sur CVP.

Ces différentes perceptions du risque infectieux sur CVP peuvent influencer le degré d'acceptabilité de ce risque par les professionnels.

## L'acceptabilité du risque infectieux sur CVP

Au cours des entretiens, il était proposé aux professionnels de se questionner sur l'acceptabilité du risque infectieux sur CVP. Le diagramme ci-dessous représente la fréquence relative (proportion) de l'acceptabilité du risque par les professionnels rencontrés des 5 établissements.



**Figure 6.** Fréquence relative de l'acceptabilité du risque par les 47 professionnels rencontrés dans les 5 établissements de santé.

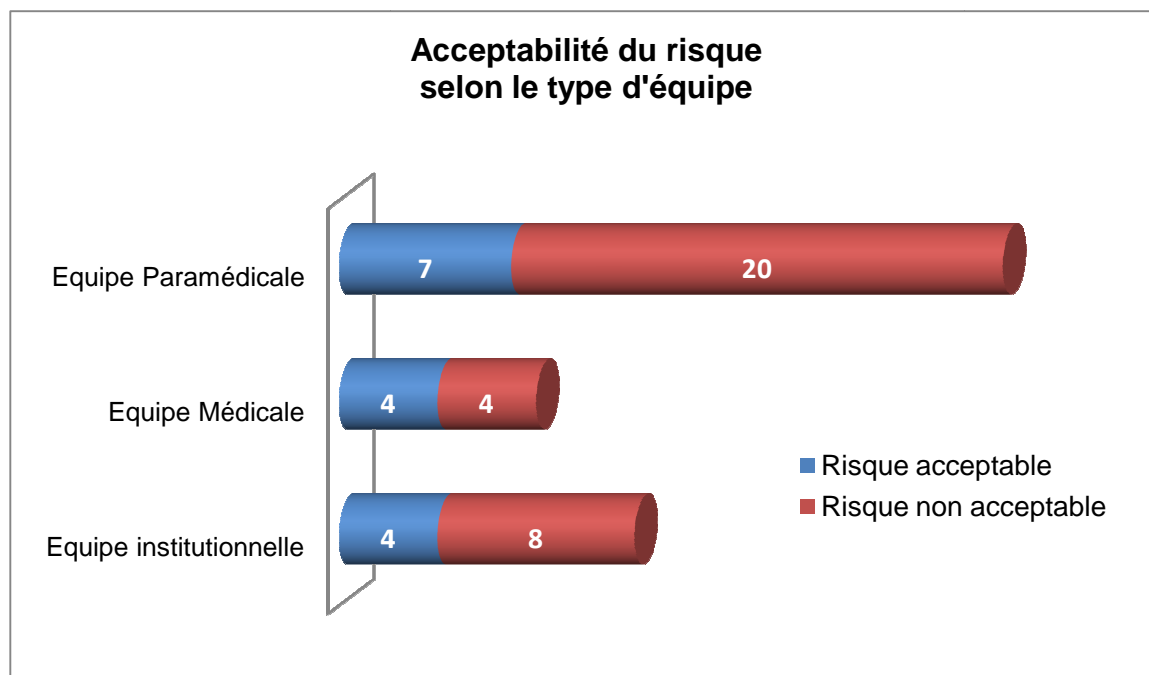
Parmi les 71 personnes interviewées dans les 5 établissements de santé, 47 personnes se sont positionnées sur l'acceptabilité du risque. Parmi celles-ci, 68% considéraient que le risque infectieux sur CVP était inacceptable.

**Tableau 10.** Répartition des répondants dans chaque établissement selon leur acceptabilité du risque infectieux sur CVP.

Etablissements	Risque infectieux sur CVP acceptable	Risque infectieux sur CVP non acceptable	Total des répondants
E.1	0	12	12
E.2	8	2	10
E.3	1	4	5
E.4	3	8	11
E.5	3	6	9
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>32</b>	<b>47</b>



Si aucun répondant de l'établissement 1 ne jugeait le risque infectieux sur CVP acceptable ; en revanche, ils étaient 8 sur 10 à le considérer comme inévitable dans l'établissement 2.



**Figure 7.** Acceptabilité du risque infectieux sur CVP selon le type d'équipe

Les professionnels de l'équipe paramédicale percevaient plus fréquemment le risque infectieux sur CVP comme un risque inacceptable. D'après les entretiens réalisés, le degré d'acceptabilité était basé sur différents arguments. Le risque infectieux était considéré inacceptable du fait de ses conséquences potentiellement graves et d'une préoccupation de délivrer des soins de qualité.

« Non, ce n'est pas acceptable. Etre patient et ressortir de l'hôpital avec une infection, ce n'est pas acceptable. » (Cadre de santé – E.5)

« Je dirai que faire courir des risques à un patient, ce n'est pas acceptable. » (Cadre de santé – E.2)

Pour certains professionnels, ce risque était inacceptable au regard des moyens existants pour le maîtriser:

« Ce n'est pas un risque acceptable, parce que je pense qu'on ne doit pas être en situation de pouvoir donner ou induire une complication infectieuse à partir d'un cathéter. » (PCME – E.1) ;

« Non, parce que le patient on lui dit de nous dire si ça lui fait mal et nous on est censé vérifier aussi. Les règles d'hygiène quand on pose un cathéter sont telles qu'une veinite qui se greffe, ce n'est pas acceptable. » (IDE – E.4).

Pour certains acteurs, tout acte de soin comprenait toujours une part de risque, acceptable dès lors qu'il était réalisé dans les règles de l'art. Certaines personnes interviewées usent parfois d'une stratégie de dénégation du problème (cf. extrait suivant).

« Il (le risque) est acceptable dans la mesure où on n'est bien obligé de l'accepter. Mais on a des ressources matérielles qui nous permettent de repiquer les patients et nous pouvons tout mettre en action pour que ça n'arrive pas » (Cadre de santé – E.4) ;

« Non, un risque inacceptable, par définition ça n'existe pas. Vous avez des risques qui se réaliseront, ou pas, qui se réalisera avec une grande fréquence, ou avec une faible fréquence, le risque zéro n'existe pas, donc forcément cette notion de risque acceptable, non non non ! » (Médecin – E.4) ;

« Bah oui c'est accepté, sinon je pense qu'une infirmière ne ferait pas (ce travail), on est confronté à différents risques dans une journée... » (Cadre de santé – E.5) ;

« Donc c'est un risque acceptable parce que sinon vous ne faites rien, vous ne soignez pas. » (CGDR – E.2).

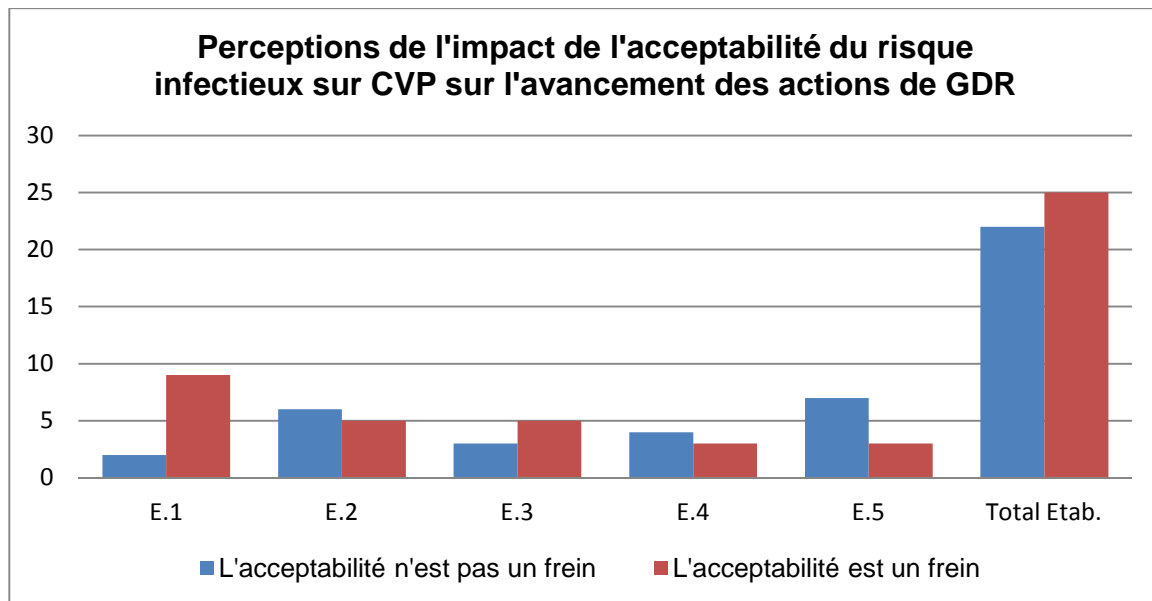
Certains professionnels justifiaient l'acceptabilité du risque infectieux sur CVP par la prise en compte de la fréquence et la gravité de ce risque ; il s'agit en d'autres termes d'une stratégie d'intellectualisation du problème : « [...] ça ne comporte pas beaucoup de risque. Ça ne dégénère pas en fait, je ne l'ai jamais vu. Nous voyons tellement de choses plus « gores » et risquées que lorsque l'on voit le point de ponction un peu infecté, on ne s'inquiète pas plus que ça. » (IDE – E.5).

### *Lien entre l'acceptabilité du risque infectieux sur CVP et l'avancement des actions de gestion des risques*

L'acceptabilité du risque n'a pas été identifiée spontanément par les acteurs comme un frein ou un levier à l'avancement des actions de gestion des risques. Aussi, ce facteur a été induit (cf. Glossaire) en vue d'appréhender le lien avec l'avancement des actions de gestion des risques. Selon les professionnels interrogés, le lien entre l'acceptabilité du risque et l'avancement des actions de gestion des risques était généralement évoqué par rapport à l'implication des professionnels dans les actions. En effet, le fait d'accepter ou non un risque infectieux aurait, selon certains interviewés, un impact sur l'implication ou l'investissement des professionnels dans les actions et démarches en lien avec la qualité et la gestion des risques.



**Schéma 25.** Liens perçus entre l'acceptabilité du risque et l'avancement des actions de GDR



**Figure 8.** Perceptions par les professionnels (n = 47) de l'impact de l'acceptabilité du risque infectieux sur CVP sur l'avancement des actions de gestion des risques dans chaque établissement et pour l'ensemble des établissements

Au total, 25 personnes pensaient que le fait d'accepter un risque pouvait potentiellement freiner l'avancement des actions de gestion des risques alors que 22 personnes pensaient le contraire.

Plusieurs explications étaient formulées par les acteurs qui percevaient l'acceptabilité du risque comme un frein à l'avancement des actions. Selon eux, les professionnels qui accepteraient ce risque seraient moins motivés à s'impliquer dans les actions visant à le réduire et moins enclins à changer leurs pratiques :

*« Il y a des veinites, mais... c'est normal. Donc effectivement, on ne va pas changer la pratique, puisque ce risque, on sait qu'il existe. C'est sûr que ça influence. Est-ce dû au fait que cet acte, on le fait tous les jours, et qu'on ne prend pas le temps, ni le recul nécessaire à regarder différemment ce soin ?... » (DSI - E.5) ;*

*« Je pense qu'il y a du personnel qui ont des œillères, qui disent : j'ai toujours fait comme ça, il n'y a pas eu de problème, pourquoi je changerai ? Et qui ne font pas le lien entre une veinite et leur pose » (IDE – E.1) ;*

Certains discours témoignent d'une impuissance vis-à-vis du problème, tel que l'illustre l'extrait suivant :

*« Oui, parce qu'à partir du moment où on accepte ce risque, pourquoi aller batailler plus. On n'a pas besoin d'améliorer. Pour moi, c'est un frein. Je sais que l'on n'aura pas de risque zéro parce que d'autres choses rentrent en compte mais il faut toujours que l'on vise à diminuer. » (IDE – E.3).*

Bien plus que l'acceptabilité du risque, la minimisation du risque était perçue comme un frein à l'implication des professionnels dans les actions de gestion du risque infectieux lié au CVP qu'ils ne considéraient pas prioritaires :

*« J'ai l'impression que l'acte de poser un cathéter est un peu banalisé et la veinite n'est pas identifiée franchement comme quelque chose d'important » (CGDR – E.1) ; « [...] les autres s'investiront moins. » (IDE – E.4) ;*

*« C'est vrai que pour la pose du cathéter veineux périphérique, pour revenir au sujet, c'est quelque chose qui est banalisé pour une infirmière. Tous les malades, on les perfuse tous les jours. C'est devenu tellement récurrent, tellement quotidien, que c'est devenu un geste banal. Mais c'est comme un chirurgien cardiaque qui ouvre le thorax pour opérer un cœur du matin au soir, pour lui mettre la main dans la poitrine ouverte, c'est devenu banal ! Tout ce qui est devenu quotidien, routinier, risque de devenir à tort banaliser, et donc du coup à risque. » (Médecin – E.2) ;*

*« A mon avis, c'est un frein puisque je ne considère pas ça comme une priorité. » (Médecin – E.5).*

La banalisation du geste de soin lié au CVP et des risques encourus par le patient étaient perçus comme délétères à la sécurité des soins par certains acteurs interviewés :

*« La banalisation, il y a toujours un risque. Elle va entraîner une perte du caractère un peu solennel de toute la préparation, etc., et donc à partir du moment où on banalise quelque chose, on prend moins de précaution. La banalisation, c'est un écueil à éviter. On peut banaliser le geste techniquement parlant, à mon avis c'est souhaitable parce que c'est un geste où il y a très peu d'incidents en cours de réalisation, mais je crois qu'il ne faut pas banaliser les conditions de préparation. Il y a une nuance entre les deux. Le geste lui-même est simple. » (PCME – E.2) ;*

*« Je pense que plus on banalise un soin, moins on a à l'esprit ce risque et moins on est en état d'alerte. » (Cadre de santé – E.2).*

D'autres acteurs ne percevaient pas l'acceptabilité du risque et la banalisation de l'acte de soin sur le CVP comme des freins à l'avancement des actions. Ils donnaient plusieurs arguments et proposaient différentes réflexions sur ce sujet. En premier lieu, le fait de considérer un soin banal car routinier n'impliquait pas forcément une déconsidération des risques liés à ce geste invasif : *« La banalisation ne peut pas forcément réduire l'approche du risque. On peut très bien constater que c'est un soin classique mais considérer qu'il est important. » (DSI – E.1) ; « [...] je ne pense pas que les gens soient moins vigilants parce qu'à un moment donné, ils vont dire qu'avec un geste simple on s'en sort. » (Médecin – E.3).* D'autre part, le fait de ne pas considérer le risque infectieux sur CVP comme un risque grave n'impliquait pas un désengagement des équipes pour travailler sur ce risque, comme l'illustre l'extrait d'entretien suivant : *« Non, autant on ne trouve pas ça grave, mais ça n'influence pas notre implication. » (IDE – E.5).*

Certaines personnes interrogées justifiaient leur acceptabilité du risque infectieux mais rappelaient que cela n'impliquait pas forcément une banalisation du risque, ni une réduction de la vigilance, ni un désengagement dans les actions d'amélioration de la qualité :

*« C'est acceptable en fonction de la cause. On peut accepter en fonction de la cause, maintenant, accepter ne veut pas dire banaliser. Mais il ne faut pas rentrer dans le « ça arrive, donc ce n'est pas grave ». Je pars du principe qu'il faut toujours se remettre en question. Qu'est-ce qu'il s'est passé pour qu'on en arrive là ? » (IDE – E.4) ;*

*« Ce que je veux dire, c'est que pour les infirmières, c'est le patient qui compte et en plus s'il y a trois veinites dans un service, on va vite trouver ce qu'il se passe. Mais l'affaire n'est jamais banale. » (Médecin - E.5) ;*

*« Le fait que ce soit acceptable n'entraîne pas de laisser-aller de notre part » (IDE 2– E2) ;*

*« [...] une erreur peut arriver. Il ne faut pas non plus rester carrés et dire que c'est inacceptable. Ce n'est pas en ayant des discours comme ça que l'on va favoriser l'amélioration des soins. On accepte l'erreur, pourquoi l'erreur est arrivée ? [...] Tout peut arriver mais il faut travailler à ce que ça n'arrive plus. » (Chargé de projets Qualité – E.4).*

Une autre réflexion a émergé des discours de certaines personnes interviewées (notamment sur l'établissement 1). Le fait de ne pas accepter le risque infectieux sur CVP pourrait avoir un impact positif sur l'engagement des acteurs dans les actions de gestion de ce risque : *« Oui, je pense dans le sens où quand on se dit que quelque chose est inacceptable, on essaye de se donner les moyens de mieux maîtriser les risques. Et puis l'essentiel est d'essayer d'avoir une approche globale du risque. » (CGDR – E.1) ; « Plus un risque est jugé inacceptable, plus les professionnels vont s'engager. » (D.A. – E1).*

Les perceptions du risque infectieux sur CVP sont très différentes selon les acteurs interviewés et influencent l'acceptabilité de ce risque. La majorité des acteurs interviewés le jugeait inacceptable. En revanche, le fait d'accepter ce risque infectieux n'était pas nécessairement considéré comme un frein à l'avancement des actions de gestion des risques au sein des services, selon 22 des 47 acteurs interrogés.

# *Discussion*

---

Une des particularités de ce projet tenait à sa dimension participative. En impliquant les professionnels des équipes d'hygiène hospitalière dans la réalisation des observations sur les pratiques de traçabilité, de pose et de manipulation du CVP, en invitant une large palette de professionnels (personnels paramédicaux, médecins, institutionnels) à s'exprimer lors d'entretiens, ce projet a permis d'engager les équipes des différents établissements dans une réelle réflexion autour des démarches qualité et de gestion des risques, notamment sur le risque infectieux lié au CVP.

### → Principaux résultats

Concernant l'état d'avancement des actions, nous avons constaté un retard de plusieurs mois de l'ensemble des actions (de 2 à 4 mois environ sur des projets de 4 à 11 mois) qui tenait à plusieurs éléments. Le défaut de formalisation des actions (notamment concernant leur planification et leur suivi), le manque de temps et/ou de ressources humaines dédiés à la réalisation des tâches relatives aux actions, ainsi que la charge de travail et la multiplication des projets étaient les motifs les plus fréquemment cités par rapport au retard des actions mises en œuvre dans les cinq établissements.

L'analyse des perceptions des professionnels et des acteurs institutionnels des cinq établissements a permis d'identifier au total 90 facteurs freinant et 89 facteurs facilitant l'avancement des actions de gestion des risques<sup>20</sup>. Les principaux freins et leviers identifiés par les acteurs étaient en lien avec la conduite des projets qualité et le soutien institutionnel. Le défaut de communication autour des projets qualité et notamment le manque de retour d'informations sur leur structuration et leurs résultats ressortaient comme un des principaux freins relatif à la conduite des projets qualité. Les acteurs identifiaient également trois autres facteurs freinant en lien avec la conduite des projets : la lourdeur et la complexité des procédures liées aux projets mis en œuvre, le défaut d'élaboration de solutions à la suite des projets et le manque d'adéquation entre les actions et les problématiques et préoccupations de terrain. Au regard de ces freins, les acteurs interviewés ont repéré plusieurs leviers effectifs et/ou solutions à développer. La communication autour des projets, notamment le fait d'expliquer leur intérêt et leur finalité ainsi que la présence de relais de l'information au sein des services paraissaient être des leviers importants. Par ailleurs, il semblait important, selon les personnes interrogées, de travailler sur l'utilité et l'efficacité des actions ainsi que sur l'ergonomie des outils utilisés pour leur mise en œuvre.

---

<sup>20</sup> Hors facteurs induits (acceptabilité du risque infectieux sur CVP et culture de sécurité).

En ce qui concerne les freins liés au soutien institutionnel, les effets indirects de la gestion des ressources humaines étaient les plus cités, notamment le constat d'un personnel en nombre insuffisant face à la charge de travail, le turn over et l'instabilité des équipes (en partie dus aux politiques de flexibilité et à la présence de personnel intérimaire). Par ailleurs, l'insuffisance des ressources humaines dédiées à la qualité et à la gestion des risques et l'inadaptation de la promotion de la démarche qualité étaient également perçues comme des freins importants par les personnes interrogées. En regard à ces freins, plusieurs leviers ont été identifiés et proposés par les professionnels rencontrés : la promotion de la démarche qualité avec des discours pragmatiques et appuyée par des personnes relais dans les services, la formation et l'éducation à la démarche qualité du personnel soignant. La mise à disposition de ressources dédiées à ces démarches (temps et personnes), l'engagement de la direction ainsi que le soutien de la cellule qualité et gestion des risques faisaient également partie des principaux leviers évoqués.

Par ailleurs, les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> catégories de facteurs les plus évoquées par les professionnels faisaient référence à des facteurs psychosociaux et à l'engagement professionnel essentiellement perçus comme des freins. Les principaux freins psychosociaux cités par les acteurs interviewés étaient : la réticence au changement (liée à la socialisation professionnelle), la faible motivation à s'impliquer, la crainte du jugement et de la sanction, et la routinisation de la pratique. Le principal levier d'ordre psychosocial évoqué faisait principalement référence à la motivation personnelle à s'impliquer dans les projets et actions menées.

Parmi l'ensemble des freins et leviers identifiés par les professionnels, plusieurs étaient partagés par les différentes personnes rencontrées (institutionnels, médecins et paramédicaux) dans les 5 établissements. Outre les facteurs les plus fréquemment cités par l'ensemble des catégories professionnelles interrogées relevant de la conduite de projets qualité/gestion des risques et du soutien institutionnel, les résultats témoignent de l'importance des facteurs psychosociaux, de l'engagement professionnel, des relations interprofessionnelles mais aussi du rôle des facteurs externes (réglementation, certification ...) sur l'avancement des démarches et actions qualité/gestion des risques.

En effet, près de la moitié des institutionnels et plus de la moitié des médecins citaient des freins liés à l'engagement professionnel. Les ¾ des équipes paramédicales et plus de la moitié des équipes médicales identifiaient des freins psychosociaux. En outre, plus de la moitié des institutionnels citaient des leviers de nature psychosociale.



La moitié des médecins identifiait des leviers en lien avec l'engagement professionnel et plus de la moitié des équipes paramédicales citait des leviers liés aux modes de relations interprofessionnelles.

Les principaux freins et leviers étaient identifiés par les personnes interviewées dans les 5 établissements. Ces freins étaient relatifs à la conduite d'actions qualité / gestion des risques, au soutien institutionnel, aux facteurs psychosociaux, à l'engagement professionnel, aux aspects structurels de l'établissement ainsi qu'aux réglementations et évaluations externes. Les principaux leviers perçus étaient liés à ces mêmes catégories (hormis les aspects structurels de l'établissement) mais aussi aux relations inter-professionnelles.

Les personnes interviewées dans les établissements 1 et 2 évoquaient les facteurs relatifs aux aspects structurels de l'établissement uniquement comme des freins. Les professionnels de l'établissement 3 identifiaient quant à eux les réglementations et évaluations externes exclusivement comme des leviers. Enfin, les acteurs interrogés dans l'établissement 4 citaient des éléments relatifs aux relations inter-professionnelles comme des leviers, sans jamais les évoquer comme des freins.

L'établissement 4 est différent des autres établissements en ce qui concerne la fréquence des écarts aux bonnes pratiques. En effet, les pratiques sont globalement plus en conformité par rapport aux résultats des autres établissements. En outre, les discours des professionnels témoignent d'une sensibilisation relativement importante aux démarches qualité/gestion des risques et à la sécurité des soins. Les professionnels rencontrés dans cet établissement ont identifié deux fois plus de leviers que de freins (43 leviers et 18 freins) à l'avancement des projets qualité/gestion des risques contrairement aux professionnels des autres établissements qui ont identifié autant de freins que de leviers. Outre les principaux leviers communs à l'ensemble des établissements relatifs à la conduite d'action et au soutien institutionnel, les acteurs de l'établissement 4 indiquaient un important engagement professionnel du personnel paramédical et une grande motivation personnelle à s'impliquer dans les projets. Par ailleurs, les aspects structurels de l'établissement et les relations interprofessionnelles étaient uniquement perçus comme des leviers contrairement aux autres établissements. Enfin, les effets dynamisants des réglementations et des évaluations externes, notamment la certification, étaient repérés par plusieurs acteurs.

Au regard de la fréquence des écarts aux bonnes pratiques en lien avec la pose et la manipulation du CVP constatés lors des observations dans les services, il faut s'interroger sur l'impact des actions sur les pratiques. En effet, les actions étudiées dans le cadre de ce projet étaient en cours de réalisation mais elles avaient déjà été précédées par d'autres actions au sein de plusieurs établissements, sans incidence évidente sur l'amélioration des pratiques.

### → Discussion par rapport à la littérature

Les freins et leviers identifiés relatifs au soutien institutionnel font directement échos aux facteurs les plus fréquemment rencontrés dans la revue de la littérature réalisée dans le cadre de ce projet<sup>21</sup>. Ces facteurs ont été classés selon les catégories générales du cadre analytique de DUQUE (Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe)<sup>22</sup> de facteurs au « niveau de l'établissement ». Les leviers étaient d'abord managériaux. Les résultats suggéraient l'importance du rôle de l'engagement de la direction à toutes les étapes de la pérennisation d'une action d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (30). Mais l'impulsion de ces actions ne reposait pas seulement sur l'engagement des « tops managers » et le style de leadership ; elle dépendait aussi de la présence d'une structure organisationnelle de la qualité soucieuse de considérer un certain nombre d'éléments tels que la structuration et les compétences de l'équipe opérationnelle (31, 32). Ces facteurs ont été identifiés comme des leviers dans le cadre du projet Progress. Un des leviers complémentaires serait la promotion de la démarche qualité par une approche pédagogique et des relais de l'information au sein des services.

Le manque de ressources humaines apparaissait comme un frein important à la mise en place d'actions qualité/gestion des risques dans la littérature. Cette dimension recouvrait un certain nombre d'aspects assez récurrents (33, 34), dont les contraintes de temps, Les personnes interviewées ont repéré ce frein mais évoquaient aussi l'insuffisance des ressources humaines dédiées à la qualité. Le turn over et l'instabilité des équipes dans certains services étaient aussi identifiés comme un frein lié à la gestion des ressources humaines. Enfin, l'inadaptation de la promotion de la démarche qualité était un des autres freins identifiés par les acteurs interviewés.

---

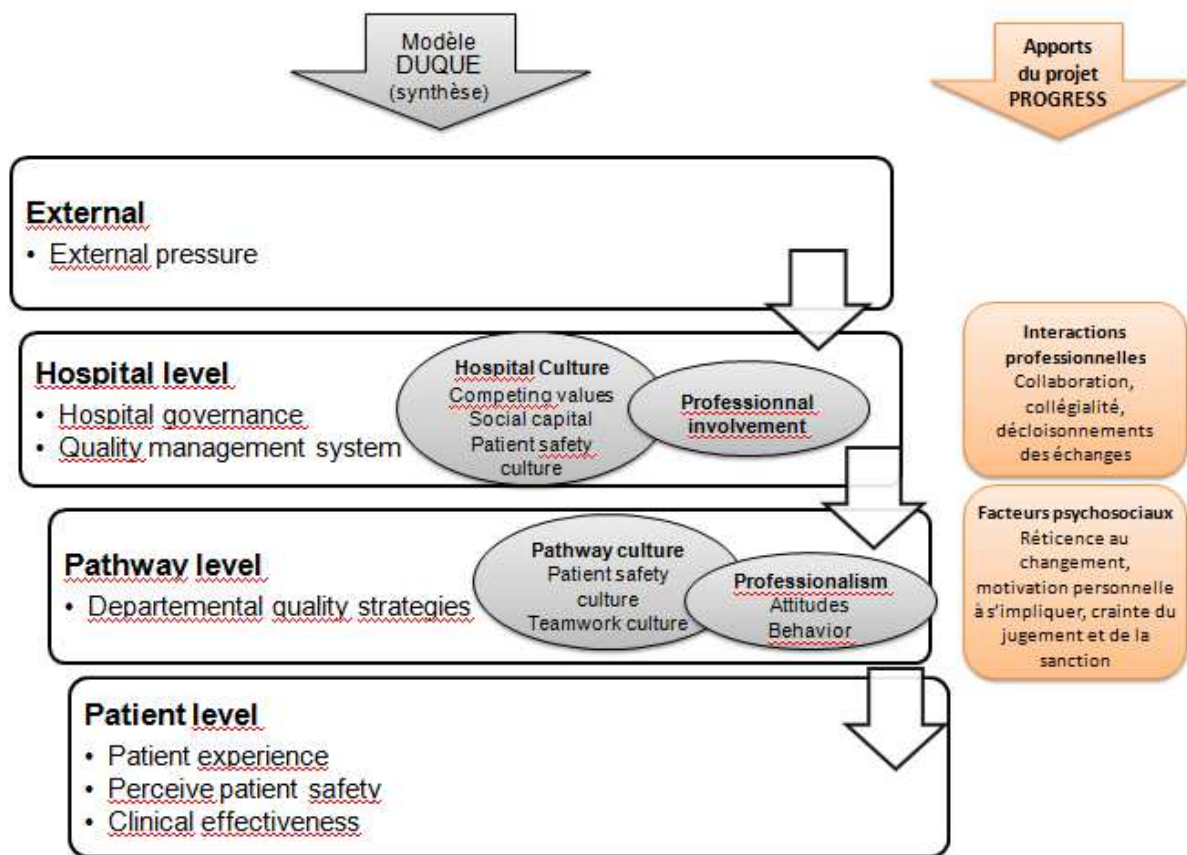
<sup>21</sup> Cf : Revue de littérature en Annexes - 23 articles ont fait l'objet d'une analyse approfondie avec la réalisation de fiches de lecture détaillées.

<sup>22</sup> **DUQuE (Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe)** est un projet de recherche financé par l'Union Européenne réalisé de novembre 2009 à avril 2013. L'objectif général de ce projet était d'évaluer l'impact et l'efficacité des stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Un large consensus existe dans la littérature sur le lien entre le management (et/ou la gouvernance) et l'organisation du travail dans l'établissement de santé en ce qui concerne la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. L'implémentation de ces programmes/actions par l'entité gouvernante serait d'autant plus efficiente qu'elle serait intégrée dans l'organisation du travail au sein de l'établissement. A l'inverse, un défaut d'organisation du travail et des défaillances dans la conduite de projet seraient des barrières à la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'établissement (31,32). Plusieurs de ces facteurs ont été identifiés par les personnes interviewées dans le cadre du projet Progress. L'insuffisance des ressources humaines dédiées à la qualité et les différents freins relatifs à la conduite de projets qualité en témoignent particulièrement.

L'analyse de la littérature confirme l'idée selon laquelle les éléments dynamiques des processus organisationnels (leadership, collaboration, communication) seraient des meilleurs facilitateurs de qualité que les éléments stables de la structure organisationnelle (taille, statut, équipe et sophistication, ressources technologiques etc.) (35). Les résultats du projet nous permettent de confirmer en partie ce constat car nous remarquons que les leviers liés au leadership, à la collaboration et à la communication étaient plus fréquemment cités que les facteurs liés aux éléments liés à la taille de l'établissement ou aux ressources matérielles par exemple.

Grâce à la prise en compte de la littérature qualitative, le modèle de DUQUE a été complété par des déterminants individuels, ainsi que ceux liés aux interactions professionnelles. Ce modèle est fondé sur un schéma conceptuel composé de dimensions supra-établissements (external pressure), ainsi que trois catégories de variables contextuelles situées au niveau de l'établissement (Hospital level), du parcours de soins (Care pathway) et du patient (Patient level).



**Schéma 26.** Les apports du projet Progress par rapport au cadre conceptuel de DUQUE

Les éléments individuels et ceux liés aux interactions professionnelles sont rarement étudiés, alors que l'observation quotidienne laisse penser que leur rôle pourrait être important. La littérature qualitative souligne de façon récurrente les éléments liés aux interactions professionnelles, à la nature des relations et au climat de travail (36, 37). Les notions de partage, de communication et de relation au sein d'une équipe de travail, de confiance, de collégialité, de respect sont autant de traits socio-structurels et psycho-sociaux que les techniques qualitatives ont permis de repérer (38, 39).

Ces facteurs humains liés aux interactions professionnelles ont été identifiés comme des leviers par les acteurs rencontrés pour le projet Progress. Un de ces leviers identifiés faisait référence à la collaboration, la collégialité (travail et dynamique d'équipe) et le décloisonnement des échanges entre les professionnels et entre les services.

Si leur prise en compte n'a pas encore atteint un niveau de maturité suffisant dans le domaine des soins (40), les liens entre la sécurité du patient et les facteurs psychosociaux font l'objet d'un développement important sur le plan de la recherche (41). Les facteurs psychosociaux se définissent comme des caractéristiques qui procèdent de la psychologie de l'individu ou de la structure ou des fonctionnements des groupes sociaux.

Plusieurs freins dits psychosociaux sont décrits dans la littérature (36, 42) tels que, la « banalisation (faible importance perçue du risque), le déni de la réalité, du vécu du patient » et le « manque de compétences ou de connaissances ». Le frein lié à la banalisation du risque était également présent dans les discours de certaines personnes interviewées. Dans notre étude, d'autres facteurs psychosociaux étaient des freins : la réticence au changement, la faible motivation personnelle à s'impliquer et la crainte du jugement et de la sanction.

Enfin, la majorité des études analysées dans la revue de la littérature met en avant le rôle important joué par les freins ou les leviers culturels. La culture organisationnelle centrée sur la qualité semblait être un socle nécessaire à la mise en place de l'amélioration de la qualité et au développement de la culture de sécurité du patient (43). La majorité des interviewés identifiait des freins et des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques en lien avec plusieurs dimensions de la culture de sécurité.

### → Limites méthodologiques

Plusieurs difficultés ont été rencontrées au cours de la mise en œuvre du projet dans les établissements. Les premières concernaient le recrutement des établissements. Les critères d'inclusion, en particulier celui d'avoir au moins une action de gestion des risques infectieux sur le CVP en cours au moment de la réalisation de l'étude, étaient rarement remplis par les établissements intéressés par le projet. Un audit national du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) recommandé en 2009/2010<sup>23</sup> avait impulsé le déploiement d'actions visant à réduire le risque infectieux sur CVP dans de nombreux établissements. Lors de l'appel à participation en janvier 2012, plusieurs établissements avaient déjà fini ces actions et travaillaient sur d'autres thématiques en lien avec la gestion des risques. Cette difficulté de recrutement a cependant été résolue par l'ouverture du projet à une autre région (le Limousin) et l'inclusion de services de chirurgie initialement exclus par souci de facilité d'accès au terrain. La taille de l'échantillon a par conséquent été réduite à 5 établissements pour des raisons de faisabilité liées au nombre élevé d'entretiens nécessaires pour explorer les perceptions dans chaque établissement. Ce petit échantillon d'établissements limite la portée de l'étude et la généralisation des résultats. Les établissements inclus dans cette étude avaient des actions qui débutaient avant la collecte des données, ou en cours depuis plusieurs mois. Nous avons pris le soin de recruter une diversité d'établissements en termes de taille (nombre de lits et places) et de cadre institutionnel (public/privé).

---

<sup>23</sup> Cf : Site du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) <http://cclin.grephh.fr/CVP-GREPHH.html>

Un biais de sélection des établissements est possible car le recrutement était basé sur le volontariat des établissements et des professionnels. Dans les établissements participants, les professionnels étaient probablement plus sensibilisés aux démarches relatives à la qualité et à la gestion des risques, voire pour certaines très engagées dans ces démarches. Ainsi, la représentativité de l'échantillon peut être questionnée. Quatre établissements sont des adhérents du CCECQA depuis de nombreuses années, une structure régionale d'appui (SRA) en évaluation qui propose de nombreux projets et outils pour développer les démarches qualité et gestion des risques en Aquitaine. Ces quatre établissements ont participé à plusieurs de nos projets ces dernières années. Le cinquième établissement bénéficiait aussi d'une structure régionale d'appui en évaluation : EPSILIM, située en Limousin et dont les activités sont proches de celles du CCECQA. Même si ces établissements ont probablement une plus grande maturité de ces démarches transversales d'amélioration et un environnement favorable (appui externe des SRA), les résultats lors des observations des pratiques et de l'évaluation de l'état d'avancement des actions ont montré que ces établissements rencontraient des difficultés dans la mise en œuvre des actions.

Trois sociologues ont réalisé l'enquête qualitative dans les établissements et chaque entretien a été mené par un seul sociologue, ce qui peut également entraîner un biais d'interprétation. En effet, une des critiques formulées à l'encontre de l'entretien se fonde sur « le postulat selon lequel celui-ci est perméable à l'expression de la subjectivité de l'enquêté et/ou de l'enquêteur. L'empreinte de ces subjectivités sur le matériau produit obérerait la capacité de celui-ci à fournir au chercheur des éléments « objectifs » de réponse à ses questionnements. » (44). Afin de se préserver d'un manque de distance, les sociologues se sont régulièrement concertés et ont écouté les entretiens réalisés par chacun d'entre eux. Ils se sont également intéressés au contexte réel des pratiques et des démarches qualité/gestion des risques en réalisant plusieurs observations avec les équipes opérationnelles en hygiène hospitalière sur différents établissements. Les entretiens semi-directifs avaient également une trame commune ce qui permettait une certaine objectivation du recueil des discours.

L'enquête par entretien induit un biais de désirabilité sociale (45) qui consiste pour l'interviewé à se présenter sous un angle avantageux par rapport à la réalité, face à son interlocuteur. Ainsi, certaines perceptions ont pu être exagérées ou certaines pratiques décrites de façon « enjolivées » par les personnes interrogées. Malgré ces biais, les entretiens ont permis l'expression de la subjectivité des acteurs quant aux freins et leviers relatifs à l'avancement des démarches et actions qualité/gestion des risques.

Les analyses du corpus d'entretiens réalisées à l'aide du logiciel NVIVO 10<sup>24</sup> comportent également leurs limites. Ce logiciel d'analyse qualitative a permis de coder l'information issue des entretiens retranscrits, en particulier pour les freins et les leviers identifiés par les acteurs et de faciliter ainsi leur catégorisation. Il a ensuite permis de repérer le nombre d'occurrences des différentes catégories de facteurs identifiées. Cette catégorisation comporte un écueil dans le sens où elle peut dissimuler la spécificité de certains facteurs. La prise en compte des occurrences de citation des facteurs représente une limite car les catégories ne comportant que peu de facteurs risquent de ne pas être perçues comme « importantes ». Pour pallier ces difficultés, les sociologues ont pris le soin de réaliser des arborescences complètes, illustrant le détail de chacun des freins et des leviers identifiés par l'ensemble des acteurs interrogés.

En outre, l'analyse thématique catégorielle des données ne permet pas de rechercher une association statistique entre une variable comme le type d'équipe professionnelle (institutionnelle, médicale, paramédicale) et les perceptions des freins et des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques.

Les observations (des traçabilités, des poses et des manipulations de CVP) réalisées par les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH) de chaque établissement ont permis d'avoir un accès facilité au terrain et des informations complémentaires sur les pratiques. Cependant, les soignants portaient un regard particulier sur l'EOHH et avaient, dans la majorité des établissements, une certaine appréhension à être observés par les hygiénistes. Plusieurs professionnels associaient ces observations à des audits de pratiques et avaient peur de « mal faire », avaient des craintes que leur travail ne soit mal jugé. Les EOHH étant parties prenantes du changement des pratiques sur les établissements, cela aurait pu entraîner une surévaluation des « bonnes pratiques » dans leurs relevés d'observations. Cependant, compte tenu de la fréquence des écarts aux bonnes pratiques, ce biais lié à l'observation semble avoir été peu important.

Les états d'avancement des actions en lien avec le CVP ont essentiellement été évalués par rapport au calendrier des actions et aux différentes phases de leur déroulement. D'autres critères auraient pu être retenus (connaissance de l'action, changement des attitudes, des pratiques, des résultats, acceptabilité de l'action) mais ils étaient plus difficiles à mesurer sur des actions en cours dont le recul n'était pas toujours suffisant pour observer des changements.

---

<sup>24</sup>Logiciel NVIVO : [http://www.qsrinternational.com/other-languages\\_french.aspx](http://www.qsrinternational.com/other-languages_french.aspx)



Le choix d'une seule thématique ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à tous les types d'actions de gestion des risques. Dans un premier temps, le groupe de travail PROGRESS avait sélectionné plusieurs thématiques d'actions possibles, des thématiques prioritaires au niveau régional et national en 2013 (programme national sur la sécurité du patient, programme national de lutte contre les infections nosocomiales, manuel de certification 2010). Les thématiques initialement sélectionnées en raison de la fréquence des risques, de leur gravité, de leur évitabilité et le potentiel d'amélioration de la sécurité étaient les suivantes : les chutes, la bientraitance, le risque infectieux et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Pour des raisons de faisabilité, seul le risque infectieux associé à l'utilisation de CVP a été retenu. Plusieurs critères de sélection ont orienté ce choix : une thématique connue des professionnels, faisant l'objet d'une vigilance et d'actions de prévention depuis plusieurs années, encadrée par un programme national de prévention, commune à tous les services, bénéficiant de structures d'appui aux équipes de soins locale (EOHH, réseau de correspondants en hygiène) et régionale (ARLIN : Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales). Toutes ces caractéristiques étaient plutôt favorables pour la mise en œuvre des actions, même si l'intérêt porté à cette thématique était très variable selon les établissements, les services et les professionnels. Certains professionnels se désintéressaient de ce risque infectieux le jugeant peu important car peu fréquent et/ou grave par rapport à d'autres risques infectieux. Le choix d'autres thématiques aurait permis d'identifier probablement d'autres leviers et d'autres freins. Cependant, les résultats ont permis d'identifier de nombreux leviers et freins déjà cités dans la littérature. Les principaux sont surtout liés au management et à l'organisation de la mise en œuvre des actions, des activités communes à un ensemble de risques et de thématiques.

### → Les apports

La plupart des recherches en santé publique s'appuient sur des approches quantitatives, or, l'enquête qualitative est une approche méthodologique pertinente, voire indispensable pour étudier les perceptions et les représentations de groupes d'acteurs. Par l'entretien semi-directif, cette recherche a permis l'expression de la subjectivité des personnes rencontrées, identifiant plusieurs freins et leviers à l'avancement des projets qualité/gestion des risques, mais aussi un grand nombre de perceptions concernant les risques infectieux ou encore la culture de sécurité.

La logique d'audit propre au milieu hospitalier, évaluant la conformité des pratiques par rapport aux exigences internes (procédures, protocoles) ou externes (certification, réglementation) a été distancée dans ce projet.



En effet, l'observation des pratiques de pose, de manipulation et de traçabilité du CVP a été réalisée avec une volonté d'accéder aux réalités de terrain des professionnels. Il s'agissait de vérifier la conformité des pratiques à un référentiel (protocole), mais aussi d'identifier les raisons des écarts constatés, de remarquer des pratiques connexes permettant d'appréhender une réalité et/ou des problématiques de terrain souvent mises de côté par les résultats des audits « classiques ».

Ce projet a permis aux différentes équipes hospitalières d'engager ou de poursuivre une réflexion sur les démarches qualité et gestion des risques, ainsi que sur la mise en œuvre des actions liées à ces démarches. L'équipe du CCECQA a repéré des axes d'amélioration en lien avec la mise en œuvre d'actions qualité/gestion des risques et a proposé des recommandations individualisées à chacun des établissements. Ces recommandations concernaient principalement les modalités de conduite d'action (formalisation de la planification et du suivi des actions), la communication et la promotion des démarches qualité/gestion des risques, la formation et l'éducation du personnel, la gestion des ressources dédiées à la qualité et l'implication du personnel médical.

Certains outils opérationnels élaborés dans le cadre du projet Progress - tels que l'étude de documents permettant l'analyse de l'organisation de la qualité/gestion des risques dans l'établissement, la grille d'observation des pratiques de pose, de manipulation et de traçabilité du CVP ou encore la grille de mesure de l'état d'avancement des actions - pourraient être diffusés à d'autres établissements de la région ou utilisés dans le cadre d'autres projets de recherche. En faisant le postulat qu'ils soient généralisables à d'autres établissements de santé et d'autres actions de gestion des risques, les freins et leviers identifiés, en complément de ceux déjà cités dans la littérature pourront également être utilisés par les établissements de santé afin de faciliter la mise en œuvre et l'avancement des actions de gestion des risques dans les services de soins.

# *Conclusion*

La réalisation du projet PROGRESS dans les cinq établissements a permis d'explorer les perceptions des professionnels soignants et des institutionnels sur les freins et les leviers à l'avancement des démarches et des actions liées à la qualité et à la gestion des risques. Le projet a été mené à bien grâce à l'implication et la disponibilité des professionnels rencontrés, mais également grâce à l'intérêt pour la thématique retenue et au dynamisme des porteurs du projet dans les établissements.

Les principaux objectifs du projet ont été atteints avec d'une part, la réalisation de la mesure de l'état d'avancement des actions de gestion des risques menées sur les risques infectieux sur CVP, et, d'autre part, l'identification de freins et de leviers à l'avancement des actions de gestion des risques.

Les résultats de cette étude apportent de nouvelles connaissances sur les facteurs pouvant freiner ou faciliter le déploiement des actions de gestion des risques. Les résultats confirment l'importance des facteurs liés au soutien institutionnel et à la conduite d'actions. Ils ont aussi mis en évidence le rôle des facteurs relatifs aux dimensions individuelles et psychologiques, des facteurs peu étudiés avant cette étude.

L'analyse des entretiens nous a également permis de répondre à nos hypothèses de recherche concernant l'acceptabilité des risques et la culture de sécurité. Malgré la diversité des représentations de la culture de sécurité et la faible résonance de cette notion, les interviewés évoquaient plusieurs de ses dimensions principalement en tant que leviers à l'avancement des démarches et actions de gestion des risques. Ainsi, le déploiement de la culture de sécurité au sein des établissements faciliterait la mise en œuvre des actions de gestion des risques. L'analyse des discours rendait compte d'une diversité de perceptions du risque infectieux sur CVP allant de la prise en compte d'un risque fréquent et grave à la minimisation de ce risque (en lien avec une routinisation de la pratique et une banalisation du danger). Ces perceptions influenceraient l'acceptabilité de ce risque. La majorité des acteurs interviewés le jugeait inacceptable. En revanche, le fait d'accepter ce risque infectieux n'était pas nécessairement considéré comme un frein à l'avancement des actions de gestion des risques au sein des services.

Ce projet a créé une opportunité pour les personnels des 5 établissements d'évaluer leur travail sur les actions de gestion des risques (en termes de conduite d'action et de communication notamment) et parfois d'initier une réflexion sur l'amélioration d'outils de gouvernance de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins. De plus, l'analyse de l'ensemble des données recueillies a permis de formuler des préconisations aux équipes des établissements visant à faciliter la mise en œuvre des actions de gestion des risques.

L'appui des équipes qualité/gestion des risques est un levier important à développer afin de faciliter l'avancement des actions dans les unités de soins. Ces équipes peuvent s'appuyer aussi sur les structures régionales d'appui comme le CCECQA (structure régionale d'appui en évaluation) et de l'ARLIN (structure régionale d'appui pour la maîtrise des risques infectieux).

Ce projet va avoir plusieurs retombées au niveau régional. Le CCECQA va développer des projets en lien avec la structuration des plans d'actions (projet EXPLICIT-ACTIONS : développement d'une application informatique pour aider à la structuration de plans d'actions), proposer à partir des outils utilisés dans ce projet des outils simples d'analyse et d'amélioration du déploiement de la gestion des risques. Enfin, un nouveau projet de recherche (projet EMERAUDES sur le rôle des managers pour développer une culture de sécurité) mené par le CCECQA et ses partenaires va permettre de compléter ce travail sur le soutien institutionnel, un des principaux leviers pour l'avancement des actions de gestion des risques.

La prise en compte de ces apports et des réalités de terrain devrait permettre aux établissements de santé et aux pouvoirs publics d'améliorer le déploiement des actions de gestion des risques.

# Bibliographie

- (1) Rapport DEDALE portant sur le diagnostic de la mise en place des programmes de gestion des risques dans les ES depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2-E4 n° 176 du 29 mars 2004 – DHOS/E2/ 10. 2009.
- (2) Vallejo P, Sunol R. MARQuIS Quality improvement strategies for European cross-border healthcare. *Quality Safety Health Care*. 2009, 18(1):1-2.
- (3) Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Froehle CM, Margolis P. The influence of context on quality improvement success in health care : a systematic review of the literature. *Milbank Q*. 2010, 88(4):500-59.
- (4) Groene O, Klazinga N, Wagner C, Onyebuchi A, Thompson A, Bruneau C and Suñol R (2010). Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. [BMC Health Services Research;10:281](#).
- (5) Øvretveit J. *Leading Improvement: A Review of Research and Guidance*. Karolinska Institutet, MMC, Stockholm ; 2008. <http://homepage.mac.com/johnovr/FileSharing2.html>
- (6) Ocelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F, Claverie O, Castets-Fontaine B, Amalberti R, Auroy Y, Parneix P, Michel P. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care* 2013, 25(4):1-10.
- (7) Michel P, Quintard B, Kret M., Roberts T, Nitardo L, Quenon JL « Les EIG en France, quelle acceptabilité? », *DREES* ; 2011.
- (8) Quintard B, Roberts T, Nitardo L, Quenon JL, Michel P. « Acceptability of Health Care-Related Risks: A Literature Review ». *Journal of Patient Safety* ; 2014.
- (9) Fischhoff B, Lichtenstein S, Slovic P, Derby SL, Keeney RL. *Acceptable Risk*. Cambridge : Cambridge University Press ; 1981.
- (10) Kasperson RE. Acceptability of Human Risk. *Environmental Health Perspectives*. 1983, 52:15-20.
- (11) Douglas M. *Risk and Acceptability according to the Social Sciences*. Basic Book, New York ; 1986.

- (12) Kouabenan DR, Cadet B, Hermand D, Munoz Sastre MT. Psychologie du risque : identifier, évaluer, prévenir. De Boeck ; 2006.
- (13) Beauvois JL. L'acceptabilité sociale et la connaissance évaluative. *Connexion*. 1990, 56(2):7-16.
- (14) Peretti-Watel P. Pourquoi et pour qui un risque est-il acceptable ? Représentations du risque et inégalités sociales. *Les Cahiers de la sécurité intérieure*. 1999, 38: Risque et démocratie.
- (15) Peretti-Watel P. Les représentations du risque. [PhD thesis] IEP de Paris ; 1999.
- (16) Peretti-Watel P. Sociologie du risque. Armand Colin ; 2000.
- (17) Peretti-Watel P. La société du risque. Paris : Collection Repères ; 2001.
- (18) Lafaye C. Sociologie des organisations. Armand Colin, Paris ; 2007.
- (19) Davies H, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Qual Saf Health Care*. 2000, 9:111-119.
- (20) Occelli P. Culture de sécurité : du concept à la pratique. Paris : HAS ; 2010.
- (21) Occelli P, Quenon JL, Hubert B, Hoarau H, Pouchadon ML, Amalberti R, Auroy Y, Michel P, Salmi R, Sibé M, Parneix P. (2007) La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence. *Risques et Qualité*. 2007, 4(4): 207-212.
- (22) Nieva VF, Sorra J.(2003) Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003, 12:17-23.
- (23) Yzerbyt V, Schadron G. Connaître et juger autrui: une introduction à la cognition sociale. PUG, Vies sociales ; 1996.
- (24) Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris : PUF ; 1961.
- (25) Jodelet, D. Folies et représentations sociales. Paris, PUF ; 1989.
- (26) Abric, JC. Pratiques sociales et représentation. Paris, PUF ; 1994.
- (27) Saldana, J. The Coding Manual for Qualitative Researchers, London, Sage ; 2009.
- (28) Mucchielli A. (coll) Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris Armand Colin ; 1996.
- (29) Paille P., Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris, Armand Colin (chap. 9) ; 2008.
- (30) Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Safety Health Care*. 2007, 16:2-3.
- (31) Shortell, S. M., Bennett C. L. and Byck G.R. Assessing the Impact of continuous Quality Improvement on Clinical Practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Quarterly*. 1998, 76:593-624.

- (32) Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, et al. The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care [see comment]. *Med Care*. 2004, 42:1040e8.
- (33) Fink R., Thompson C.J. & Bonnes D.B. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *Journal of Nursing Administration*. 2005, 35 (3), 121–129.
- (34) Schoonover H. Barriers to research utilization among registered nurses practicing in a community hospital. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2009, 25 (4), 199–212.
- (35) Hearld, L.R., Alexander J.A., Fraser I., Jiang J. How do hospital organizational structure and processes affect quality of care ? *Medical Care Research and Review*, 2008, Vol. 65, n°3, 259-299.
- (36) Jones, A., & Jones, D. Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*. 2011 25(3), 175-181.
- (37) Solberg, L.I., Taylor, N., Conway, W.A., Hiatt, R.A.. Large multispecialty group practices and quality improvement: What is needed to transform care? *Journal of Ambulatory Care Management*. 2007, 30 (1), pp. 9-17.
- (38) Berben SAA, et al. Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury* ; 2001.
- (39) Klopper-kes AHJ, Meerdink N, Wilderom CPM, and Van Harten WH. Effective cooperation influencing performance : a study in Dutch hospitals, », *International Journal for Quality in Health Care*. 2010, 23(1).
- (40) Catchpole K, McCulloch P. Human factors in critical care: towards standardized integrated human-centred systems of work. *Current Opinion in Critical care*. 2010, 16:618-622.
- (41) Brandrud, A. S., Schreiner, A., Hjortdahl, P., Helljesen, G. S., Nyen, B., & Nelson, E. C. Three success factors for continual improvement in healthcare: An analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Quality and Safety*. 2011, 20(3), 251-259.
- (42) Greenfield, D., Nugus, P., Travaglia, J., & Braithwaite, J. Factors that shape the development of interprofessional improvement initiatives in health organisations. *BMJ Quality and Safety*. 2011, 20(4), 332-337
- (43) Gowen, Charles R., III; McFadden, Kathleen L.; Tallon, William J. On the centrality of strategic human resource management for healthcare quality results and competitive advantage. *Journal of Management Development*. 2006, Vol 25(8). pp. 806-826.
- (44) Pinson G., Sala Pala V. « Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique ? », *Revue française de science politique*. 2007, 5/ (Vol. 57), p. 555-597  
URL : [www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2007-5-page-555.htm](http://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2007-5-page-555.htm). DOI : [10.3917/rfsp.575.0555](https://doi.org/10.3917/rfsp.575.0555)
- (45) Stoeber, J. The social desirability scale-17 (SD-17). *European Journal of Psychological Assessment*. 2001, 17, 222-232.





# Table des illustrations

## TABLE DES SCHEMAS

Schéma 1. Cadre conceptuel .....	11
Schéma 2. Axes principaux du programme de gestion des risques .....	47
Schéma 3. Arborescence des freins et leviers perçus par les professionnels interviewés à l'avancement des actions de gestion des risques .....	51
Schéma 4. Calendrier de l'action dans l'établissement 1 - Signalement des veinites .....	59
Schéma 5. Calendrier de l'action dans l'établissement 2 - Actualisation du protocole de pose et de surveillance du CVP et mise en place d'une check-list.....	59
Schéma 6. Calendrier de l'action dans l'établissement 3 - Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur le CVP : audit (pose, manipulation, dossiers patients) .....	59
Schéma 7. Calendrier de l'action dans l'établissement 4 - Analyse des causes (REX) d'un accident par exposition au sang.....	59
Schéma 8. Calendrier de l'action dans l'établissement 5 - EPP sur le CVP : audit (pose, manipulation, dossiers patients) .....	59
Schéma 9. Les freins et leviers liés à la communication cités par les trois types d'équipe hospitalière .....	76
Schéma 10. Les freins et leviers liés à la gestion des ressources humaines cités par les trois types d'équipe hospitalière .....	87
Schéma 11. Les freins liés aux ressources dédiées à la qualité cités par les trois types d'équipe hospitalière.....	91
Schéma 12. Les freins et leviers liés à la promotion de la démarche qualité cités par les trois types d'équipe hospitalière .....	93
Schéma 13. Les principaux freins et leviers psychosociaux perçus par les professionnels interrogés .	98
Schéma 14. Les principaux leviers liés aux relations interprofessionnelles.....	106
Schéma 15. Principaux freins et leviers à l'avancement des actions de gestion des risques perçus par les professionnels (Cf. pages suivantes).....	114
Schéma 16. Représentations des 71 acteurs interviewés au sein des 5 établissements, en lien avec le concept de culture de sécurité.....	119
Schéma 17. Freins (-) et leviers (+) évoqués correspondants à la dimension « soutien du management pour la sécurité des soins ». .....	126
Schéma 18. Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « travail d'équipe dans le service ».....	128

Schéma 19. Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « travail d'équipe entre les services » .....	131
Schéma 20. Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « ressources humaines » .....	133
Schéma 21. Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins » .....	135
Schéma 22. Freins et leviers évoqués correspondants à la dimension « organisation apprenante et amélioration continue » .....	136
Schéma 23. Matrice de croisement des principales dimensions des perceptions du risque infectieux sur CVP par les acteurs interviewés. ....	139
Schéma 24. Illustration des facteurs pouvant expliquer la banalisation du risque infectieux sur CVP selon les acteurs interviewés. ....	142
Schéma 25. Liens perçus entre l'acceptabilité du risque et l'avancement des actions de GDR .....	146
Schéma 26. Les apports du projet Progress par rapport au cadre conceptuel de DUQUE.....	156

## **TABLE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Synthèse des résultats des 5 établissements .....	27
Tableau 2. Etat d'avancement de l'action de l'établissement n°1 .....	48
Tableau 3. Fréquence des écarts par rapport aux bonnes pratiques .....	53
Tableau 4. Données sociodémographiques des personnes rencontrées .....	71
Tableau 5. Fréquence des freins et des leviers cités, par grande catégorie .....	72
Tableau 6. Fréquence des catégories de freins citées par les trois types d'équipe hospitalière.....	73
Tableau 7. Fréquence des catégories de leviers citées par les trois types d'équipe hospitalière .....	73
Tableau 8. Les principaux freins à l'engagement professionnel .....	104
Tableau 9. Les principaux leviers à l'engagement professionnel.....	105
Tableau 10. Répartition des répondants dans chaque établissement selon leur acceptabilité du risque infectieux sur CVP.....	144

## **TABLE DES FIGURES**

Figure 1. Résultats des observations concernant les bonnes pratiques de traçabilité, de pose et de manipulation du CVP .....	54
Figure 2. Fréquence des freins liés à la conduite de projets qualité, cités par les trois types d'équipe hospitalière.....	74
Figure 3. Fréquence des leviers liés à la conduite de projets qualité, cités par les trois types d'équipe hospitalière.....	75
Figure 4. Fréquence des freins liés au soutien institutionnel, cités par les trois types d'équipe hospitalière.....	86
Figure 5. Fréquence des leviers liés au soutien institutionnel, cités par les trois types d'équipe hospitalière.....	87

Figure 6. Fréquence relative de l'acceptabilité du risque par les 47 professionnels rencontrés dans les 5 établissements de santé.....	144
Figure 7. Acceptabilité du risque infectieux sur CVP selon le type d'équipe .....	145
Figure 8. Perceptions par les professionnels (n = 47) de l'impact de l'acceptabilité du risque infectieux sur CVP sur l'avancement des actions de gestion des risques dans chaque établissement et pour l'ensemble des établissements .....	147