



PROJET EMERAUDES

Engagement des ManagERs
pour l'Amélioration de la cULTure DE Sécurité

**Etude sur le rôle des managers dans le
développement d'une culture de sécurité
en milieu hospitalier**

Annexes du rapport final Novembre 2017

Chef de projet : **Dr. Jean-Luc Quenon** (CCECQA) Chargées de projet : **Marie Levif-Lecourt** (Sociologue, CCECQA), **Tamara Roberts** (Sociologue, CCECQA).

Groupe de travail : **Catherine Pourin** (CCECQA), **Anthony Vacher** (IRBA), **Bruno Quintard** (INSERM U1219 Bordeaux Populations Health Center, Université de Bordeaux), **Pierre Parneix** (CCLIN Sud-Ouest), **Isabelle Fucks** (EDF), **Myriam Promé-Visinoni** (ICSI), **Jean-Yves Bousigue** (ICSI), **Agnès Furno** (ICSI), **Mathieu Labat** (CH Agen), **Christine Cadot** (CH Agen), **Marie-Pascale Gay** (CH Agen).

Table des annexes

Annexe 1	3
<i>Courrier d'appel à participation à destination des directeurs et présidents de CME des établissements</i>	
Annexe 2	8
<i>Outils de communication proposés aux établissements : affiche et fiche projet</i>	
Annexe 3	13
<i>Grille d'analyse des documents institutionnels et opérationnels relatifs à l'organisation de la sécurité et fiche d'utilisation</i>	
Annexe 4	26
<i>Grille d'entretien managers et non managers, et fiche d'utilisation</i>	
Annexe 5	36
<i>Grille d'observation des activités managériales et fiche d'utilisation</i>	
Annexe 6	42
<i>Check-list activités managériales et fiche d'utilisation</i>	
Annexe 7	51
<i>Grille d'observation d'une réunion d'instance et fiche d'utilisation</i>	
Annexe 8	61
<i>Questionnaire pour la mesure du climat de sécurité des soignants et fiche d'utilisation</i>	
Annexe 9	72
<i>Guide pour la mesure du climat de sécurité des soignants, septembre 2014.....</i>	
Annexe 10	83
<i>Tableau récapitulatif des enquêtes réalisées dans chaque établissement</i>	
Annexe 11	85
<i>Entretien réalisé avec le directeur des soins infirmiers de l'établissement</i>	
Annexe 12	106
<i>Rapport de fin d'étude d'un établissement</i>	

Annexe 1

***Courrier d'appel à participation à destination des directeurs
et présidents de CME des établissements***

Courrier d'appel à participation à destination des directeurs et présidents de CME



CCECQA
Hôpital Xavier Arnoz
33604 Pessac cedex
Tel
Fax
Courriel :

Nom
Titre
Etablissement
Adresse
BP
Code postal

Objet : Appel à participation
Gestion des risques et culture de sécurité
Projet EMERAUDES

Pessac, le xxxx 2014

Madame, Monsieur, Cher confrère

Nous vous informons que le CCECQA développe et coordonne depuis le mois d'avril 2013 un nouveau projet de recherche sur l'Engagement des ManagERs dans l'Amélioration de la cUlture DE Sécurité en établissement de santé (projet EMERAUDES)

Nous vous invitons à participer à ce projet car votre établissement répond aux critères d'inclusion du projet (adhérent du CCECQA, secteur sanitaire, établissement public de plus de 300 lits ou privé de plus de 100 lits, activité MCO ou en santé mentale).

Cette recherche est portée par le Centre Hospitalier d'Agen et financée par le Ministère de la santé (Programme de Recherche sur la Performance du système des Soins- PREPS).

Le projet EMERAUDES s'inscrit dans la continuité des travaux de recherche menés par le CCECQA et ses partenaires (Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle, Institut de Recherche Biomédicale des Armées, Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales du Sud Ouest, laboratoire de psychologie de l'université de Bordeaux) sur la

culture de sécurité dans les établissements de santé et visant à réduire les événements indésirables associés aux soins. En effet, il fait suite aux projets TYP-MESS sur l'évaluation des systèmes de signalement des événements indésirables, CLARTE et DECLICS, validant un outil de mesure et un indicateur de la culture de sécurité.

L'originalité de ce nouveau projet réside dans l'attention portée au rôle des managers (directeurs, chefs de pôle et de service, cadres de pôle et de santé) dans le développement d'une culture (comportements, croyances et représentations) de sécurité en milieu hospitalier.

Il cherche également à établir un lien entre un soutien fort de ces acteurs pour la sécurité et une culture de sécurité des soignants développée.

Les objectifs du projet sont les suivants

- ✚ Analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en établissement de santé;
- ✚ Rechercher une association entre un engagement et un soutien fort des managers et un climat de sécurité développé des soignants.

Cette recherche repose sur une étude transversale combinant une double approche : qualitative et quantitative. L'approche qualitative est basée sur la réalisation de 11 entretiens individuels d'environ 60 minutes chacun auprès de :

- ✚ 4 tops managers : directeur, directeur de la qualité et de la gestion des risques, directeur des soins et président de la CME ;
- ✚ 2 managers intermédiaires: chef et cadre d'un pôle ;
- ✚ 2 managers de proximité d'un service appartenant à ce pôle : chef de service et cadre de santé ;
- ✚ et de 3 soignants de ce même service : 1 infirmier, 1 aide soignant et 1 médecin.

Une observation sociologique de l'activité des managers (1 manager intermédiaire et un top manager ou un manager de proximité) est également prévue pendant 2 jours ainsi que celle d'une réunion d'instance (exemple : directoire, CME). Enfin, une analyse de documents internes (exemple : comptes rendus d'instance, programmes qualité et GDR, projets d'établissements, de pôle, de service, compte rendus de certification, planning des managers...) sera réalisée par l'équipe du CCECQA.

Cette étude qualitative implique l'identification d'un pôle de santé (ou équivalent) et d'un service de ce pôle, volontaires pour participer.

L'approche quantitative de l'étude consiste à administrer un questionnaire de mesure de la culture de sécurité auprès tous les médecins et cadres de santé et d'un échantillon de 10 % de tous les soignants (infirmiers, aide-soignant, kinésithérapeutes et autres soignants) travaillant à plein-temps ou à temps partiel dans l'établissement. Cet outil, testé et validé, sera accessible via la plateforme de saisie du CCECQA : E-FORAP. Un lien d'accès et un identifiant seront transmis à chacun des répondants. Le temps de remplissage de ce questionnaire est estimé à 15 minutes.

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies sont garanties.

Cette étude se déroulera **entre les mois d'avril et novembre 2014 au sein de 10 établissements volontaires.**

La participation de votre établissement à ce projet vous donnera l'opportunité de

- ✚ mieux appréhender la culture de sécurité de votre établissement ;
- ✚ mieux comprendre comment le rôle des managers dans la démarche de sécurité et de gestion des risques influence la perception que les soignants ont de la sécurité de leur organisation ;
- ✚ bénéficier d'un outil permettant d'analyser leur rôle dans la culture de sécurité et permettant de poursuivre la dynamique engagée ;
- ✚ développer les échanges locaux et régionaux entre managers autour de la sécurité.

La participation à EMERAUDES implique l'identification d'un référent projet chargé d'assurer la communication, la coordination et l'organisation du projet dans son établissement en lien avec le CCECQA.

Nous vous informerons ultérieurement de la date de la réunion de lancement du projet pour laquelle la présence de ce professionnel sera requise.

Nous nous tenons à votre disposition pour toutes informations complémentaires et vous remercions de nous retourner le document ci-joint.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, cher confrère, l'expression de nos salutations les meilleures.

Dr Jean-Luc Quenon



Appel à participation au Projet EMERAUDES

« Engagement des ManagERs dans l'Amélioration d'une cULTure DE Sécurité en établissement de santé »

Nom, Prénom

Titre

Etablissement

Participe

Ne participe pas

Dans le cas de la participation de votre établissement merci de nous préciser le nom du (des) référent(s) pour ce projet :

NOM	PRENOM	FONCTION	SERVICE	TELEPHONE	EMAIL

Merci de bien vouloir également préciser dans le tableau ci-dessous :

- Le pôle et le service, rattaché à ce pôle
- Les noms et coordonnées des chef et cadre de ce pôle
- Les noms et coordonnées des chef de service et cadre de santé du service identifié

	NOM	PRENOM	TELEPHONE	EMAIL
POLE				
<i>Chef de Pôle</i>				
<i>Cadre de pôle</i>				
SERVICE				
<i>Chef de service</i>				
<i>Cadre de santé</i>				

Merci de nous retourner ce document par courrier ou par fax au 05.57.65.61.36 au plus tard le **14 mars 2014**

Annexe 2

***Outils de communication proposés aux établissements :
affiche et fiche projet***



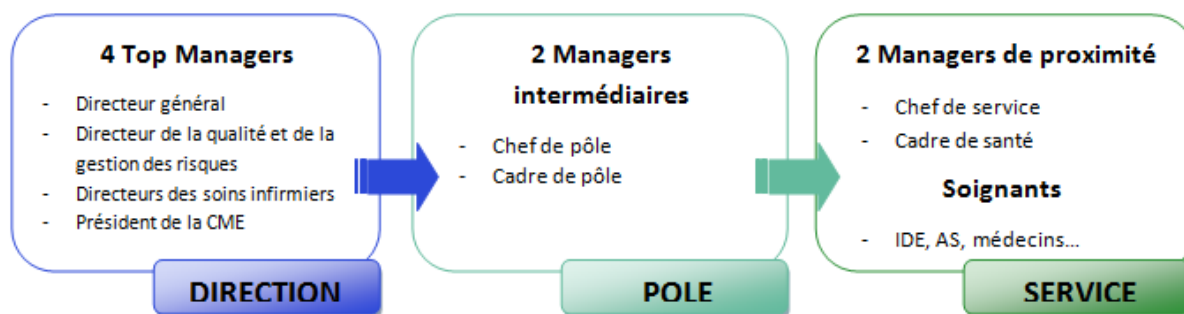
Engagement des ManagERS
dans l'Amélioration de la cUlture DE Sécurité en établissements de santé

Objectifs

- ✚ Analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en milieu hospitalier
- ✚ Rechercher le lien entre l'engagement de ces acteurs et la perception des

Projet régional

- ✚ 7 établissements sanitaires
- ✚ Recueil des données : juin à novembre 2014
- ✚ 2 approches :
 - ➡ qualitative (entretiens, observations et analyse documentaire)
 - ➡ quantitative (questionnaire)
- ✚ Professionnels concernés :





**Engagement des ManagERs
dans l'Amélioration de la cULTure DE Sécurité
en établissements de santé**

**Equipe CCECOA : Dr. Jean-Luc Quenon, chef de projet
Dr. Catherine Pourin, Marie Levif, Isabelle Féray, Leila Gaillard, Marion Kret**

Ce projet, porté par le Centre Hospitalier d'Agen et financé par le Ministère de la santé (PREPS), s'inscrit dans la continuité des travaux de recherche (projets TYP-MESS, DECLICS, CLARTE) menés par le CCECOA et ses partenaires (ICSI, IRBA, C. CLIN Sud-Ouest, laboratoire de psychologie de l'université de Bordeaux, EDF) sur la culture de sécurité dans les établissements de santé et visant à réduire les événements indésirables associés aux soins dont la fréquence et l'évitabilité restent importantes.

L'originalité de ce nouveau projet tient au fait qu'il s'intéresse au rôle des managers (directeurs, chefs de pôle et de service, cadres supérieurs et cadres de santé, etc.) dans le développement d'une culture (comportements, croyances et représentations) de sécurité en milieu hospitalier. De plus, il doit permettre de faire le lien entre l'engagement de ces acteurs et la perception des soignants sur la sécurité (climat de sécurité).

OBJECTIFS

Les objectifs de ce projet sont les suivants :

- ✚ Analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en établissement de santé
- ✚ Rechercher une association entre un engagement et un soutien fort des managers, et un climat de sécurité développé chez les soignants

RETOMBÉES ATTENDUES

Pour les établissements participants :

- ✚ Mieux appréhender le niveau de culture de sécurité de leur établissement
- ✚ Comprendre comment le rôle des managers peut influencer la perception que les soignants ont de la sécurité
- ✚ Avoir un outil d'analyse et de mesure du rôle des managers dans la culture de sécurité
- ✚ Développer les échanges locaux et régionaux entre managers autour de la sécurité

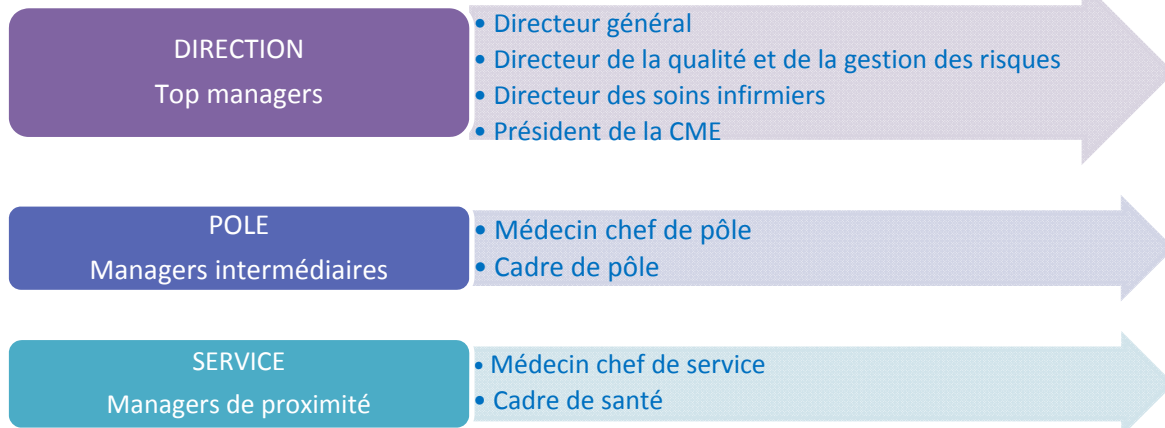
Pour la recherche :

- ✚ Apporter de nouvelles connaissances sur la démarche d'amélioration de la sécurité et de la gestion des risques
- ✚ Proposer une approche s'intéressant à la dimension culturelle de la sécurité et prenant compte de l'ensemble des interactions existantes
- ✚ Elaborer un outil permettant de questionner le rôle des managers dans le développement de la culture de sécurité et généralisable aux établissements sanitaires.

METHODES

Une étude transversale mobilisant simultanément une approche qualitative (entretiens, observations et analyse documentaire) et quantitative (administration d'un questionnaire) devrait permettre de rendre compte de la manière dont les managers peuvent être acteurs dans le développement d'une culture de sécurité et influencer le climat de sécurité des soignants.

Ce projet s'intéresse à 3 types de managers :



Cette étude s'est déroulée dans 7 établissements sanitaires, dont 6 adhérents du CCECQA, ayant une activité MCO ou en santé mentale, publics de plus de 300 lits ou privés de plus de 100 lits.

CALENDRIER

- Collecte des données : mai 2014 à mars 2015
- Analyse des données : janvier 2015 à juin 2016
- Rédaction du rapport et publications : juin 2016 à septembre 2017

GLOSSAIRE

Culture de sécurité (safety culture)

La culture de sécurité est « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ». European Society for Quality in Health Care

Climat de sécurité (safety climate)

Le climat de sécurité correspond à « des perceptions partagées par les membres d'une organisation sur leur environnement de travail et sur les politiques de sécurité de cette organisation ». Cabrera, Isla, Vilela ; 1997.

CONTACTS

Dr Jean-Luc Quenon jean-luc.quenon@ccecqa.asso.fr 05 57 65 61 44

Annexe 3

***Grille d'analyse des documents institutionnels et
opérationnels relatifs à l'organisation de la sécurité et fiche
d'utilisation***



Grille d'analyse

Documents relatifs à l'organisation institutionnelle de la sécurité et la Gestion des risques

Date : __/__/____
Heure de début :
Heure de fin :
Durée :

Nom de l'établissement

Référent projet :

Catégorie de l'établissement :

- centre hospitalier de plus de 300 lits
- cliniques privées de plus de 100 lits

Type d'activité hospitalière :

- MCO
- Santé mentale

Situation financière de l'établissement :

- Excédentaire
- Equilibre
- Déficitaire

L'établissement est-il engagé dans un plan de retour à l'équilibre ?

- Oui
- Non

Thématiques d'analyse

Documents	Thèmes	Présence	Commentaires
Dernier rapport de certification	1. Date du passage des experts visiteurs	__/__/____	
	2. L'établissement a-t-il eu des réserves et/ou	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

	recommandations sur la sécurité et la gestion des risques ?		
	3. Si oui, lesquelles ?	-... -...	
	4. Quelles mesures correctives ont été apportées ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Politique de l'établissement	5. La sécurité figure-t-elle clairement dans la politique de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	6. La direction évalue-t-elle la mise en œuvre des actions de sécurité dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	7. Quels sont les axes à développer en priorité sur la sécurité ?	-... -...	
	8. Existe-t-il un système de diffusion de l'information et des documents en sécurité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	9. Existe-t-il une démarche d'engagement des patients, des représentants des usagers et associatifs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Programme d'actions qualité et gestion des risques 2014	10. Le programme de gestion des risques est-il formalisé ?		
	11. Quelle forme prend-t-il ?	...	
	12. La sécurité des soins en fait-elle partie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	13. Quelles sont les ressources de l'établissement dédiées à la sécurité ?	<input type="checkbox"/> Budget <input type="checkbox"/> Ressources humaines <input type="checkbox"/> Ressources matérielles	
	14. Quelles sont les structures dédiées	<input type="checkbox"/>	

	à la sécurité?		
	15. Des indicateurs d'évaluation sont-ils formalisés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	16. L'établissement a-t-il formalisé un processus de gestion des risques/de sécurité des soins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	17. Si oui, quelles sont les étapes de cette démarche ?		
	18. En 2013, les objectifs en sécurité ont-ils été atteints ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Bilan des formations 2013	19. Combien de formations relatives à la sécurité ont été proposées ?		
	20. Combien de participants ont suivi des formations en GDR ?		
Programme de formation 2014	21. Existe-t-il un programme de formation en sécurité ?	Oui Non	
	22. Quels sont les axes de formation prioritaires ?	...	
	23. Quels sont ceux en lien avec la sécurité des soins ?	...	
	24. Quels sont les professionnels visés?	<input type="checkbox"/> Top managers <input type="checkbox"/> Managers intermédiaires <input type="checkbox"/> Managers de proximité <input type="checkbox"/> Soignants <input type="checkbox"/> Autres	
	25. De quelle instance s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> CME <input type="checkbox"/> directoire	
	26. Quels sont les	.....

Compte rendu réunions d'instances 2014 (CME ou directoire)	professionnels les plus souvent présents (au moins la moitié des réunions) ?		
	27. Combien de réunions ont été réalisées en 2014 ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 à 5 <input type="checkbox"/> 6 à 10 <input type="checkbox"/> Plus de 10	
	28. Quelle est la périodicité prévue de ces réunions ?	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Extraordinaire <input type="checkbox"/> Autre.....	
	29. Le thème de la sécurité est-il abordé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	30. Si oui, quels risques ont été discutés ?	<input type="checkbox"/> Risques associés aux soins <input type="checkbox"/> Autres risques	
	31. Ce thème était-il à l'ordre du jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	32. Quelles décisions ont été prises ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**Grille d'analyse des documents
relatifs à l'organisation pratique de la sécurité**

	<i>Thèmes</i>	<i>Critères</i>	<i>Commentaires</i>
PLANNING DU MANAGER	Support renseigné par	<input type="checkbox"/> Le manager lui-même <input type="checkbox"/> Un assistant/ secrétaire <input type="checkbox"/> Un autre collaborateur	
	Quelles activités en sécurité sont mentionnées ?	<input type="checkbox"/> Décider <input type="checkbox"/> Connaitre <input type="checkbox"/> Planifier <input type="checkbox"/> Coordonner <input type="checkbox"/> Communiquer <input type="checkbox"/> Motiver, impliquer, <input type="checkbox"/> Réguler <input type="checkbox"/> Etre en relation avec l'extérieur <input type="checkbox"/> Recruter <input type="checkbox"/> Développer des collaborations <input type="checkbox"/> Gérer les conflits <input type="checkbox"/> Avoir un comportement exemplaire <input type="checkbox"/> Réaliser des visites de sécurité <input type="checkbox"/> Autres.....	
	Quelles sont les plus fréquentes ?		
	Ce sont plutôt des activités...	<input type="checkbox"/> Collectives <input type="checkbox"/> Individuelles	
	Quels sont les interlocuteurs sur la sécurité ?	<input type="checkbox"/> Cellule qualité et GDR <input type="checkbox"/> Top managers <input type="checkbox"/> Managers intermédiaires <input type="checkbox"/> Managers de proximité <input type="checkbox"/> Soignants <input type="checkbox"/> Partenaires extérieurs <input type="checkbox"/> (Représentants) patients/ famille	
	Ces activités se déroulent le plus souvent ...	<input type="checkbox"/> Dans l'établissement <input type="checkbox"/> En dehors de l'établissement <input type="checkbox"/> Les deux	
	Des modifications sur les activités concernant la sécurité sont-elles apportées ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours	
	Si oui, le plus souvent, il s'agit de ...	<input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/> Report <input type="checkbox"/>	

		<input type="checkbox"/> Modification de lieux, horaires etc.	
PROTOCOLES relatifs à la sécurité	Combien de protocoles sont directement accessibles ?	....
	Sous quels formats ?	<input type="checkbox"/> Intranet <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Autre	
	Par qui sont-ils élaborés ?	<input type="checkbox"/> Managers de proximité <input type="checkbox"/> Managers intermédiaires <input type="checkbox"/> Tops managers <input type="checkbox"/> Autres	
	Quelles thématiques de sécurité sont développées ?	<input type="checkbox"/> Risques associés aux soins <input type="checkbox"/> Autres risques	
PROJETS de pôle ou service	Quelle est la date de rédaction de ce document ?	.....
	Pour quelle période ce document est-il valable ?	<input type="checkbox"/>1 à 2 ans <input type="checkbox"/>3 à 4 ans <input type="checkbox"/> plus	
	Quel est le format de ce document ?	<input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Numérique <input type="checkbox"/> Autre	
	Où est rangé ce document ?	<input type="checkbox"/> Bureau du manager <input type="checkbox"/> Bureau des soignants <input type="checkbox"/> Autre	
	Par qui a-t-il été rédigé ?	<input type="checkbox"/> Top manager <input type="checkbox"/> Manager intermédiaire <input type="checkbox"/> Manager de proximité <input type="checkbox"/> Autre	
	Par qui est diffusé ce document ?	<input type="checkbox"/> Top manager <input type="checkbox"/> Manager intermédiaire <input type="checkbox"/> Manager de proximité <input type="checkbox"/> Autre	
	La sécurité est-elle présente dans ce document ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Est- ce un axe prioritaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Les projets en matière de sécurité annoncés concernent ...	<input type="checkbox"/> La sécurité des soins <input type="checkbox"/> Les autres risques <input type="checkbox"/>	
	Sont-ils cohérents avec les objectifs du	<input type="checkbox"/> Oui	

	programme de sécurité et GDR de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Non	
	Qui sont les personnes responsables de la mise en œuvre de ces actions ?	<input type="checkbox"/> Référents/ correspondants sécurité, qualité, gestion des risques <input type="checkbox"/> Managers de proximité/ de pôle <input type="checkbox"/> Coordonnateur de la gestion des risques (CGDR) <input type="checkbox"/> Responsable qualité <input type="checkbox"/> Soignants <input type="checkbox"/> Autre..... <input type="checkbox"/> Aucune personne identifiée	
	Des indicateurs de suivi existent-ils ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Des moyens sont alloués à la sécurité ?	<input type="checkbox"/> Humains <input type="checkbox"/> Matériels <input type="checkbox"/> Financiers <input type="checkbox"/> Autre	
FICHE DE SIGNALEMENT des EI	Sous quel format se présente ce document?	<input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Numérique <input type="checkbox"/> Autre	
	Par qui peut-elle être renseignée ?	<input type="checkbox"/> Tous les professionnels <input type="checkbox"/> Les soignants <input type="checkbox"/> Les managers <input type="checkbox"/> Autres	
COMPTE RENDU d'analyse et traitement des EI	Qui fait l'analyse des EI ?	...	
	Existe-t-il une trame commune pour tous les EI ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Quelles sont les informations disponibles ?	<input type="checkbox"/> L'évènement <input type="checkbox"/> Les acteurs <input type="checkbox"/> La gravité et la fréquence <input type="checkbox"/> L'analyse des causes <input type="checkbox"/> Les actions correctives envisagées <input type="checkbox"/> Autres	
	Par qui doit-il être rédigé ?	...	
	Une diffusion de ce CR est-elle prévue ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Par qui ?	...	
	A qui s'adresse-t-elle ?	...	

AFFICHAGES en lien avec la sécurité	A qui s'adressent-ils ?	<input type="checkbox"/> Professionnels <input type="checkbox"/> Patients/ usagers <input type="checkbox"/> Visiteurs <input type="checkbox"/> Prestataires <input type="checkbox"/> Autre	
	Quelles thématiques ?	<input type="checkbox"/> Risques associés aux soins <input type="checkbox"/> Autres risques	
	Quelles sont les risques associés aux soins abordés ?	<input type="checkbox"/> Hygiène des mains <input type="checkbox"/> Identité <input type="checkbox"/> Iatrogénie médicamenteuse <input type="checkbox"/> Accident d'exposition au sang <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Mobilisation des patients <input type="checkbox"/> Fugue, suicide des patients <input type="checkbox"/> Dénutrition des patients <input type="checkbox"/> Agressivité des patients et famille <input type="checkbox"/> Autre	
	Quelle forme prennent-ils ?	<input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Notes <input type="checkbox"/> Feuille A4 <input type="checkbox"/> Autre	
	Quelle présentation prennent-ils ?	<input type="checkbox"/> Textuelle <input type="checkbox"/> Schématisée	
	Quels sont les lieux principaux d'affichage ?	<input type="checkbox"/> Hall d'entrée <input type="checkbox"/> Couloirs <input type="checkbox"/> Tisanerie <input type="checkbox"/> Salle de soins <input type="checkbox"/> Salle de réunion <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Sanitaires <input type="checkbox"/> Bureau des soignants <input type="checkbox"/> Bureau du cadre <input type="checkbox"/> Chambre <input type="checkbox"/> Salon des familles <input type="checkbox"/> Autres	

Fiche d'utilisation : grille d'analyse des documents

OBJECTIFS

- ✚ Rendre compte de l'organisation institutionnelle et pratique de la sécurité et de la gestion des risques de l'établissement ;
- ✚ Contextualiser les propos et faits recueillis par entretiens et observation.

QUI ?

- ✚ 1 à 2 professionnels du CCECQA (et ses partenaires) ;
- ✚ Le référent projet ;
- ✚ Prévoir une sollicitation ponctuelle de certains professionnels de l'établissement pour obtenir des informations manquantes ou un éclairage sur les documents consultés (ex : directeur des ressources humaines, secrétariats/ assistants des managers etc.)

OU ?

- ✚ Dans une salle réservée où les documents requis sont mis à disposition de l'équipe ;
- ✚ Dans les espaces d'activité des managers.

QUAND ?


- ✚ Les données issues des documents relatifs à l'organisation institutionnelle de la sécurité : seront analysés en début d'enquête de terrain (2 à 3 heures) ;
- ✚ Les données issues des documents relatifs à l'organisation pratique de la sécurité seront consignées au cours de l'observation.

COMMENT ?

Les documents à analyser





- ✚ Documents institutionnels relatifs à l'organisation de la sécurité requis :
 - Dernier rapport de certification ;

- Politique de l'établissement (Annexe 3 CPOM) ;
- Programme d'actions qualité et gestion des risques (GDR) ;
- Bilan annuel 2013 de la gestion des risques ;
- Programme de formation 2014 ;
- Bilan des formations 2013 ;
- Compte rendu des réunions du directoire ou de la CME (12 derniers mois) ;
- Organigramme de l'établissement ;
- Schéma des structures dédiées à la gestion des risques ;
- Architecture du système d'information pour la GDR.

 Documents opérationnels relatifs à l'organisation de la sécurité requis :

- Plannings des managers (mois précédent) ;
- Protocoles relatifs à la sécurité ;
- Projet de pôle ou service ;
- Bilan 2013 du signalement des EI ;
- 3 dernières fiches de signalement des EI ;
- Dernier compte rendu de l'analyse et traitement des EI ;
- Affichages en lien avec la sécurité.

Les données à recueillir

-  Repérer les points en lien avec la sécurité non présents sur la check-list ;
-  Noter les réactions, commentaires du manager lors de l'analyse de son planning ;
-  Noter les conditions de réalisation de l'analyse documentaire, les difficultés rencontrées, les pistes de réflexion ;
-  Noter les documents non présentés ;

Les supports de consignation

- ✚ Les données issues des documents relatifs à l'organisation institutionnelle de la sécurité seront consignées sur la grille prévue à cet effet ;
- ✚ Les données issues des documents relatifs à l'organisation pratique de la sécurité seront identifiés et décrits sur la grille prévue à cet effet ;

A faire

La veille

- ✚ Rappeler au référent les documents relatifs à l'organisation institutionnelle de la sécurité qui doivent être mis à disposition ;

Le jour de l'analyse

- ✚ Rappeler les objectifs de l'analyse des documents ;
- ✚ Rappeler la confidentialité et l'anonymisation des données recueillies ;
- ✚ Ne pas hésiter à solliciter les professionnels pour une explicitation des informations tracées ;
- ✚ Interpeler les professionnels en cas de manque d'informations, de documents ;
- ✚ Demander au manager de participer à l'analyse de son planning ;
- ✚ Croiser les informations collectées avec celles obtenues par les autres méthodes de recueil des données.

A éviter

- ✚ Insister en cas de refus de présenter certains documents (ex : planning) ;
- ✚ Se comporter comme des contrôleurs, des inspecteurs ;
- ✚ Donner des leçons d'organisation ou des solutions toutes faites.

A EVITER

- ✚ Accepter d'être positionné dans un espace de travail ne permettant pas d'observer le manager ;
- ✚ Se comporter comme des contrôleurs, des inspecteurs ;
- ✚ Vouloir observer des situations non pertinentes, non autorisées ;
- ✚ Collecter les données sans être à l'écoute du professionnel ;
- ✚ Vouloir absolument maîtriser le déroulement de l'observation ;
- ✚ Porter un jugement de valeur sur les tâches observées, culpabiliser le manager ;
- ✚ Donner des leçons d'organisation ou des solutions toutes faites.

Annexe 4

Grille d'entretien managers et non managers, et fiche d'utilisation



Grille d'entretien managers

Population ciblée :

- + directeur, directeur des soins, directeur qualité et gestion des risques, président de CME ;
- + chef de pôle, cadre de pôle ;
- + chef de service, cadre de santé.

Durée : 60 minutes

DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

- + âge ;
- + sexe ;
- + ancienneté dans l'établissement ;
- + ancienneté dans le poste actuel ;
- + participation à des instances, groupes de travail sur la sécurité de l'établissement.

PARCOURS PROFESSIONNEL

1. Quel est votre parcours professionnel ?
2. Au cours de votre **formation de manager**, avez-vous reçu un enseignement sur la sécurité en établissement de santé ?
3. Quelles sont vos sources actuelles de connaissances en matière de sécurité ?

PERCEPTION DE LA SECURITE

4. Pour vous, qu'est-ce que la sécurité dans un établissement de santé ?
5. A votre niveau, quels sont les risques que vous jugez les plus importants à maîtriser ?
6. Comment qualifieriez-vous le niveau de sécurité de votre établissement : excellent/ très bon/ acceptable/ faible/ défaillant ?
7. Sur quoi vous basez- vous pour dire cela ?

ACTIONS EN MATIERE DE SECURITE

Actions institutionnelles

8. Quel est votre rôle dans l'établissement des règles, de la politique de l'établissement en matière de sécurité ?
9. Quel est votre rôle dans l'application des règles, de la politique de l'établissement en matière de sécurité ?
10. Quelles sont les actions que vous menez en lien avec la sécurité ?
11. Quels changements en matière de sécurité avez-vous conduit **dans les 12 derniers mois** ? quels ont été leurs effets ?

Actions dans le service ou le pôle (concernent les managers intermédiaires et de proximité)

12. Qui sollicitez-vous pour développer des actions de sécurité à votre niveau (pôle ou service) ?
13. Quelle place donnez-vous à l'expression des soignants en matière de sécurité ?
14. Pouvez-vous me parler du dernier EI survenu dans votre établissement, dans le pôle ou le service ; comment l'avez-vous géré ?
15. Vous-même, faites-vous des signalements d'EI, en interne ? quels types d'EI signalez-vous ?
16. Est-ce votre façon de faire habituellement ?
17. Cette façon de faire est-elle partagée par les autres managers ?

SOUTIEN DES SUPERIEURS HIERARCHIQUES

18. Valorisez-vous la conformité aux règles et les initiatives des soignants en matière de sécurité ?
19. Est ce que votre supérieur hiérarchique valorise votre travail ?
20. Encouragez-vous les professionnels à déclarer les EI ?
21. Encouragez-vous les professionnels à traiter les causes aussi bien immédiates que profondes de ces EI ?
22. Comment gérez-vous les problèmes récurrents de sécurité ?

ATTENTES EN MATIERE DE SECURITE

23. Selon vous, quelles sont les attentes de vos supérieurs hiérarchiques en matière de sécurité ?
24. Selon vous, quelles sont les attentes des soignants vis-à-vis des managers en matière de sécurité ?
25. Comment intégrez-vous ces attentes dans votre activité de manager ?
26. De votre point de vue qu'est ce qui mériterait d'être amélioré en matière de sécurité ?



Grille d'entretien non managers

Population cible : infirmiers, aides-soignants, médecins.

Durée : 60 minutes

DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

- + âge ;
- + sexe ;
- + ancienneté dans l'établissement ;
- + ancienneté dans le poste actuel ;
- + participation à des instances, groupes de travail sur la sécurité de l'établissement.

PARCOURS PROFESSIONNEL

1. Quel est votre parcours professionnel ?

PERCEPTION DE LA SECURITE

2. Pour vous, qu'est ce que la sécurité dans un établissement de santé ?
3. A votre niveau, quels sont les risques que vous jugez les plus importants à maîtriser ?
4. Comment qualifieriez-vous le niveau de sécurité de votre service ? excellent/ très bon/ acceptable/ faible/ défaillant ?
5. Sur quoi vous basez-vous pour dire cela ?
6. Est-ce que cette perception est partagée dans le service ? Par qui ?
7. Quels sont les changements réalisés en matière de sécurité **au cours des 12 derniers mois** dans votre service ? et leurs effets ?
8. Qu'attendez-vous de vos supérieurs hiérarchiques en matière de sécurité ?

ACTIONS EN MATIERE DE SECURITE

Actions institutionnelles

9. **Quel est le rôle de vos supérieurs hiérarchiques dans l'établissement** des règles, de la politique d'établissement en matière de sécurité?
10. **Quel est le rôle de vos supérieurs hiérarchiques dans l'application** des règles, de la politique d'établissement ?
11. Quelles sont les actions de vos supérieurs hiérarchiques en lien avec la sécurité ?

Actions dans le service

12. Quelle place vos supérieurs hiérarchiques vous donnent t-ils à vous et votre équipe dans la démarche de sécurité des soins dans le service ?
13. Pouvez-vous me parler du dernier EI survenu dans votre service et la manière dont vos supérieurs hiérarchiques l'ont géré ?
14. Est-ce une façon de faire habituelle ?
15. Est-elle partagée par les autres cadres de santé, chefs de services ?

SOUTIEN DES SUPERIEURS HIERARCHIQUES

16. Vos supérieurs hiérarchiques vous encouragent-ils à respecter les règles de sécurité ?
17. Vous encouragent-t-ils à signaler les EI ?
18. Vous encouragent-ils à traiter les causes aussi bien immédiates que profondes de ces EI ?
19. Comment gèrent-ils les problèmes récurrents de sécurité ?

ATTENTES EN MATIERE DE SECURITE

20. Selon vous, quelles sont les attentes de vos supérieurs en matière de sécurité?
21. Comment intégrez-vous ces attentes dans votre activité ?
22. De votre point de vue, qu'est ce qui mériterait d'être amélioré en matière de sécurité ?

Fiche d'utilisation : l'entretien individuel avec les managers et les non managers

OBJECTIFS

Recueillir la perception de l'enquêté sur :

- ✚ la sécurité dans son organisation (établissement, pôle ou service) ;
- ✚ les actions du manager en matière de sécurité ;
- ✚ le soutien du manager en matière de sécurité ;
- ✚ les attentes du répondant sur cette thématique.

QUI ?

Enquêteurs : 1 à 2 professionnels du CCECQA (et ses partenaires).

Répondants :

Niveau Direction :

- ✚ directeur ;
- ✚ directeur des soins ;
- ✚ directeur de la qualité et de la gestion des risques ;
- ✚ président de la Commission Médicale d'Etablissement ;

Niveau Pôle :

- ✚ chef de pôle ;
- ✚ cadre de pôle ;

Niveau Service :

- ✚ chef de service ;
- ✚ cadre de service ;
- ✚ 1 médecin ;
- ✚ 1 infirmier ;
- ✚ 1 aide-soignant.

OU ?

- ✚ Sur le lieu de travail du professionnel concerné ;
- ✚ Dans un espace calme et confidentiel.

QUAND ?

- ✚ La date et les horaires de l'entretien sont programmés en concertation avec le répondant ;
- ✚ Ce calendrier est modifiable en fonction des contraintes du professionnel.

COMMENT ?

- ✚ Un entretien par répondant est réalisé ;
- ✚ L'entretien est individuel. L'(es) enquêteur(s) est (sont) en face à face avec le répondant ;
- ✚ L'entretien dure environ 60 minutes ;
- ✚ Il est enregistré ;
- ✚ Il est structuré à l'aide des grilles d'entretien prévues à cet effet (grille manager et grille non manager) ;
- ✚ Les grilles ne sont pas connues du répondant avant l'entretien afin d'obtenir des réponses spontanées ;
- ✚ Les grilles sont des outils d'aide pour mener les entretiens. Elles sont adaptables au regard du déroulement de chaque interview (exemple : ordre, formulation des questions, etc.) ;
- ✚ Les relances sont utilisées dans un second temps : lorsque le répondant ne sait pas ou ne comprend pas la première formulation. Elles peuvent être utilisées pour préciser certains points.

A FAIRE

Avant l'entretien

- ✚ Rappeler les objectifs du projet, ses retombées attendues, son déroulement ;
- ✚ Rappeler les objectifs de l'entretien, son déroulement ;
- ✚ Rappeler les conditions d'anonymat et de confidentialité de l'entretien ;
- ✚ Expliquer au professionnel l'intérêt d'enregistrer l'entretien et lui demander son accord ;
- ✚ Inviter le professionnel à poser des questions sur le projet et l'entretien ;
- ✚ S'assurer que l'ensemble des conditions de déroulement de l'entretien sont acceptées par le répondant.

Pendant l'entretien

- ✚ Stopper l'enregistrement à la demande du professionnel ;
- ✚ Stopper l'enregistrement lorsque le répondant est interpellé par un autre professionnel ou par le téléphone ;
- ✚ Ajuster les questions en fonction du temps restant.

A l'issue de l'entretien

- ✚ S'assurer que l'entretien a été enregistré ;
- ✚ Restituer les propos du répondant intéressants pour la recherche qui n'ont pas été enregistrés ;
- ✚ Noter les éléments relatifs au contexte dans lequel s'est déroulé l'entretien, les difficultés rencontrées, l'attitude du professionnel ;
- ✚ Noter les remarques formulées par le répondant sur l'entretien, sur des éléments non évoqués lors de la discussion etc. ;
- ✚ Noter le ressenti de l'enquêteur sur l'entretien, les éléments qui l'ont interpellé, les pistes de réflexion.

A EVITER

- ✚ Ne pas enregistrer un entretien sans l'accord du répondant ;
- ✚ Accepter que d'autres professionnels intègrent la discussion ;
- ✚ Dépasser le temps prévu pour pouvoir aborder l'ensemble des questions ;
- ✚ Collecter les données sans être à l'écoute du professionnel rencontré ;
- ✚ Vouloir absolument maîtriser le déroulement de l'entretien ;
- ✚ Porter un jugement de valeur sur les propos du professionnel, le culpabiliser ;
- ✚ Donner des leçons d'organisation ou des solutions toutes faites.

Annexe 5

***Grille d'observation des activités managériales et fiche
d'utilisation***



CAHIER D'OBSERVATION

ETABLISSEMENT :

MANAGER observé :

Contexte :

ACTIVITES	Lien avec la sécurité (oui/non)?	Catégorie	Lieu	Interlocuteurs	Support (papier, mail ...)	Répétition	Durée globale	Commentaires du manager
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								

Explicitations du manager à l'issue de l'observation :

Difficultés rencontrées lors de l'observation :

Pistes de réflexion :

OBJECTIFS

- ✚ Décrire les actions concrètes du manager en termes de sécurité ;
- ✚ Décrire le contexte dans lequel se déroulent les actions ;
- ✚ Observer les interactions du manager avec les autres professionnels de l'établissement.

QUI ?

Observateurs : 1 à 2 professionnels du CCECQA (et ses partenaires).

Observés :

- ✚ 1 manager intermédiaire (1 chef de pôle ou 1 cadre de pôle)
- ✚ 1 top manager (directeur ou directeur de la qualité et de la gestion des risques ou directeur des soins ou président de la CME)
- ✚ OU 1 manager de proximité (chef de service ou cadre de santé).

OU ?

Tous les lieux où sont amenés à se rendre le manager au cours d'une journée de travail, y compris hors établissement, si nécessaire.

QUAND ?

- ✚ 1 journée ;
- ✚ Elle est choisie en concertation avec le manager ;
- ✚ Elle contient, si possible, un temps dédié par le professionnel à la sécurité (réunion, visite en service, élaboration de protocole sécurité etc.) ;

COMMENT ?

Au cours de la journée :

- ✚ Noter l'ensemble des actions et interactions du manager sur le cahier d'observation ;
- ✚ Rendre compte du discours du manager de santé en lien avec la sécurité (réactions, remarques, interactions etc.) ;
- ✚ Inviter le manager à expliciter ses actions.

A l'issue de l'observation sur site :

- ✚ Repérer les actions de la journée en lien avec la sécurité identifiées sur la check list ;
- ✚ Noter les conditions de réalisation de l'observation, les difficultés rencontrées, les pistes de réflexion ;

- ✚ Croiser les informations collectées avec celles obtenues par les autres méthodes de recueil des données.

A FAIRE

En début de journée :

- ✚ Se présenter ;
- ✚ Rappeler le champ du projet, ses objectifs, ses retombées attendues, son déroulement ;
- ✚ Rappeler le déroulement de l'observation et ses objectifs ;
- ✚ Rappeler la confidentialité des données recueillies et l'anonymisation des personnes rencontrées au cours de l'observation ;
- ✚ Désamorcer l'idée d'évaluation.

Au cours de la journée :

- ✚ Rester en retrait lors des interactions du manager avec d'autres professionnels ;
- ✚ Participer à la réalisation de tâches sur invitation du manager ;
- ✚ Porter une tenue adaptée aux lieux observés (blouse, sur chaussures, ...) ;
- ✚ Respecter les consignes de sécurité signifiées par le manager.

A EVITER

- ✚ Accepter d'être positionné dans un espace de travail ne permettant pas d'observer le manager ;
- ✚ Se comporter comme des contrôleurs, des inspecteurs ;
- ✚ Vouloir observer des situations non pertinentes, non autorisées ;
- ✚ Collecter les données sans être à l'écoute du professionnel ;
- ✚ Vouloir absolument maîtriser le déroulement de l'observation ;
- ✚ Porter un jugement de valeur sur les tâches observées, culpabiliser le manager ;
- ✚ Donner des leçons d'organisation ou des solutions toutes faites.

Annexe 6

Check-list activités managériales et fiche d'utilisation

Check list observation activités managériales sur site

ACTIVITES	ACTIONS (Quoi ?)
DECIDER	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> élabore la politique de sécurité ; <input type="checkbox"/> rédige le programme qualité, gestion des risques et sécurité ; <input type="checkbox"/> élabore des projets relatifs à la sécurité ; <input type="checkbox"/> élabore des protocoles relatifs à la sécurité ; <input type="checkbox"/> décide de l'achat de matériel ; <input type="checkbox"/> décide des budgets ; <input type="checkbox"/> détermine les barrières à mettre en place ; <input type="checkbox"/> définit les effectifs en personnels ; <input type="checkbox"/> élabore le plan de formation ; <input type="checkbox"/> élabore le rapport annuel global en sécurité ; <input type="checkbox"/> participe à la conception des plans, de l'organisation et de l'ergonomie des espaces de travail ; <input type="checkbox"/> élabore une stratégie de communication entre les différents niveaux ; <input type="checkbox"/> organise les entrées et sorties des patients de manière à assurer la sécurité ; <input type="checkbox"/> participe à l'élaboration du plan de <input type="checkbox"/> développement professionnel continu des personnels ;
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> décide de l'action à suivre lors d'un EI ; <input type="checkbox"/> détermine les actions correctives à mettre en place ; <input type="checkbox"/> annule ou reforme la décision d'un collaborateur sur lequel il exerce une autorité fonctionnelle ;
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> décide de l'action à suivre pour limiter les conséquences d'un EI ; <input type="checkbox"/> prend des décisions en intégrant les leçons tirées des EI survenus ;
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> participe au pilotage du système de signalement des EI ;

COORDONNER	<input type="checkbox"/> assure la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; <input type="checkbox"/> assure l'interface entre les différents acteurs de l'organisation ; <input type="checkbox"/> harmonise les ressources des unités ; <input type="checkbox"/> harmoniser les procédures et leur mise en œuvres ; <input type="checkbox"/> organise les permanences médicales et pharmaceutiques adaptées à la sécurité ; <input type="checkbox"/> organise des échanges entre les fonctionnels de la sécurité et les opérationnels du terrain ;
PLANIFIER	<input type="checkbox"/> planifie les actions en gestion des risques (GDR) ; <input type="checkbox"/> assure la gestion prévisionnelles des emplois ;
CONNAITRE, REALISER UNE VEILLE	<input type="checkbox"/> s'informe des nouvelles règles et recommandations ; <input type="checkbox"/> s'informe sur les réseaux et partenaires en sécurité ; <input type="checkbox"/> participe à des congrès, des formations en présentiel, par internet etc. ; <input type="checkbox"/> participe à des groupes d'échanges professionnels <input type="checkbox"/> suit le signalement des EI ; <input type="checkbox"/> collecte les informations permettant une gestion des risques, l'analyse des EI, les barrières à mettre en place ; <input type="checkbox"/> prend connaissance des comptes rendus de réunions <input type="checkbox"/> est informé des EI graves et potentiellement graves ; <input type="checkbox"/> identifie les situations dangereuses ; <input type="checkbox"/> s'informe sur les nouveaux dispositifs ou matériels de sécurité ; <input type="checkbox"/> s'informe sur les nouvelles formations en sécurité ; <input type="checkbox"/>
COMMUNIQUER, MAITRISER ET TRANSMETTRE L'INFORMATION	<input type="checkbox"/> rédige des mails relatifs à la sécurité <input type="checkbox"/> rédige des notes de service relatives à la sécurité ; <input type="checkbox"/> sensibilise le personnel à la détection des erreurs ; <input type="checkbox"/> informe le personnel sur les moyens mis à disposition pour corriger les erreurs ; <input type="checkbox"/> fait la promotion de la sécurité auprès des professionnels ; <input type="checkbox"/> encourage la formation à la sécurité ; <input type="checkbox"/> informe les usagers sur la sécurité ;

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> participe aux manifestations internes organisées autour de la sécurité ; <input type="checkbox"/> encourage le signalement des EI ; <input type="checkbox"/> échange autour de la sécurité lors de réunions, staffs, transmissions, etc. ; <input type="checkbox"/> communique sur la survenue d'un EI ; <input type="checkbox"/> fait un retour sur l'analyse des causes des EI survenus ; <input type="checkbox"/> fait un retour sur les actions mises en œuvre à la suite de la survenue d'un EI ; <input type="checkbox"/> restitue l'expression des personnels auprès de ses supérieurs hiérarchiques ;
<p style="text-align: center;">ANIMER, MOTIVER, IMPLIQUER</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> explique les objectifs d'une action sécurité ; <input type="checkbox"/> est à l'écoute du personnel ; <input type="checkbox"/> considère les propositions, suggestions des professionnels ; <input type="checkbox"/> organise des réunions régulières sur la sécurité indépendantes de la survenue d'EI ; <input type="checkbox"/> anime des projets relatifs à la sécurité ; <input type="checkbox"/> favorise la réflexion sur l'organisation ; <input type="checkbox"/> accompagne les personnels dans la mise en œuvre de projets relatifs à la sécurité ; <input type="checkbox"/> encourage l'identification de référents, et correspondants en sécurité dans les services et pôles <input type="checkbox"/> implique les personnels dans les réunions ayant trait à la sécurité ; <input type="checkbox"/> encourage l'élaboration d'actions locales en GDR ; <input type="checkbox"/> encourage les « acquisitions organisées » autour de la sécurité (formation interne ; compagnonnage, entraînement par simulation, mises en situation etc.) <input type="checkbox"/> octroi un temps dédié à la sécurité au personnel <input type="checkbox"/> rémunère les heures supplémentaires dédiées à la sécurité ; <input type="checkbox"/> favorise la récupération du temps dédiés à des actions en sécurité en dehors des heures de travail ; <input type="checkbox"/> évite de blâmer les professionnels lors de déclaration d'EI ;
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> rappelle les règles et bonnes pratiques ; <input type="checkbox"/> s'assure de la mise en place des orientations institutionnelles ; <input type="checkbox"/> alerte sur les mauvaises pratiques ; <input type="checkbox"/> valorise les bonnes pratiques individuelles ;

REGULER/ CONTROLER	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> valorise collectivement les réussites ; <input type="checkbox"/> participe à des évaluations de pratiques professionnelles ; <input type="checkbox"/> suit l'évolution de la performance en sécurité de l'organisation à l'aide de tableau de bord ; <input type="checkbox"/> évalue la satisfaction des patients en matière de sécurité ; <input type="checkbox"/> gère les budgets alloués à la sécurité ; <input type="checkbox"/> modifie la planification du personnel en temps réel pour assurer la sécurité ; <input type="checkbox"/> contrôle les messages diffusés sur son organisation en interne ; <input type="checkbox"/> évalue les compétences des professionnels ; <input type="checkbox"/> s'assure que les effectifs soignants sont adaptés pour assurer la sécurité ; <input type="checkbox"/> réalise des vérifications, des contrôles de l'organisation (hygiène, rangement de la pharmacie, etc.) <input type="checkbox"/> s'assure du signalement des chambres à risques infectieux ; <input type="checkbox"/> s'assure qu'un système d'affichage est mis en place pour alerter les professionnels, usagers et familles des opérations de maintenance en cours ; <input type="checkbox"/> vérifie que les produits d'entretiens sont stockés dans un local fermé ; <input type="checkbox"/> vérifie la traçabilité des produits de nettoyage ; <input type="checkbox"/> s'assure de la formation en sécurité des nouveaux professionnels ;
CREER, INNOVER, IMAGINER	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> fait des propositions d'actions d'amélioration ; <input type="checkbox"/> créé des documents de communication ; <input type="checkbox"/> élabore des projets ;
ETRE EN RELATION AVEC L'EXTERIEUR	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> est en lien avec les partenaires, les usagers, les fournisseurs... ; <input type="checkbox"/> fait appel aux partenaires en cas de problème (ex : agence intérim) ; <input type="checkbox"/> formalise les partenariats (ambulance, laboratoire etc.) par la rédaction d'un contrat, d'une charte, d'un protocole etc.
DEVELOPPER DES	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> reçoit les partenaires autour de la sécurité ; <input type="checkbox"/> participe à des manifestations extérieures ;

COLLABORATIONS	
GERER LES CONFLITS	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gère les conflits entre personnels ; <input type="checkbox"/> participe à l'analyse des plaintes des usagers ; <input type="checkbox"/> reçoit les patients et/ ou familles en cas de désaccords ;
RECRUTER	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> recrute du personnel afin de garantir les effectifs adaptés à la sécurité ; <input type="checkbox"/> recrute des professionnels spécialisés dans le domaine de la sécurité (ex : hygiénistes, CGDR, etc.) <input type="checkbox"/> définit les postes relatifs à la sécurité <input type="checkbox"/> réalise des entretiens de recrutement ; <input type="checkbox"/> nomme des professionnels engagés dans la sécurité à des postes stratégiques ; <input type="checkbox"/> communique sur l'établissement auprès des futurs professionnels ; <input type="checkbox"/> propose à ses supérieurs hiérarchiques des recrutements ; <input type="checkbox"/> propose à ses supérieurs hiérarchiques des nominations et la mise en recherche d'affectations ; <input type="checkbox"/> sélectionne les prestataires en fonction de leur engagement en sécurité.
FAIRE PREUVE D'EXEMPLARITE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> déclare les EI ; <input type="checkbox"/> porte les protections nécessaires lorsqu'il s'expose à un risque ; <input type="checkbox"/> participe aux réunions de sécurité, aux groupes de travail ; <input type="checkbox"/> participe à l'analyse des causes des EI ; <input type="checkbox"/> sauvegarde ses données numériques ; <input type="checkbox"/> s'assure de la fermeture des portes à la fin de la journée ; <input type="checkbox"/> suit le protocole d'identification en entrant dans les espaces contrôlés ; <input type="checkbox"/> s'auto évalue ; <input type="checkbox"/> porte la tenue adaptée à l'environnement ; <input type="checkbox"/> ne porte pas, de montres, de bijoux, de vernis (pour les femmes) ; <input type="checkbox"/> utilise le gel hydro-alcoolique en entrant et sortant des chambres ; <input type="checkbox"/> assure une suppléance éventuelle afin de garantir la sécurité ;

collabore avec les autres managers de l'établissement sur les questions de sécurité ;

**REALISER UNE VISITE
DE SECURITE**

- Elabore un questionnaire/ référentiel de visite (thèmes et critères d'évaluation) ;
- Programme la visite
- Réalise des entretiens,
- Réalise une observation de l'organisation et des pratiques ;
- Restitue les données oralement en fin de séance ;
- Analyse les données recueillies ;
- Rédige le rapport final ;
- Propose un plan d'actions.
- Restitue le rapport final ; réajuste le plan d'action
- Contractualise le plan d'actions sur la base des décisions retenues

Fiche d'utilisation de la check-list d'observation des activités managériales

OBJECTIFS

- ✚ Décrire les actions concrètes du manager en termes de sécurité ;
- ✚ Décrire le contexte dans lequel se déroulent les actions ;
- ✚ Observer les interactions du manager avec les autres professionnels de l'établissement.

QUI ?

Observateurs : 1 à 2 professionnels du CCECQA (et ses partenaires).

Observés :

- ✚ 1 manager intermédiaire (1 chef de pôle ou 1 cadre de pôle) ;
- ✚ 1 top manager (directeur ou directeur de la qualité et de la gestion des risques ou directeur des soins ou président de la CME) ;
- ✚ OU 1 manager de proximité (chef de service ou cadre de santé).

OU ?

Tous les lieux où sont amenés à se rendre le manager au cours d'une journée de travail, y compris hors établissement, si nécessaire.

QUAND ?

- ✚ 1 journée ;
- ✚ Elle est choisie en concertation avec le manager ;
- ✚ Elle contient, si possible, un temps dédié par le professionnel à la sécurité (réunion, visite en service, élaboration de protocole sécurité etc.) ;

COMMENT ?

Au cours de la journée :

- ✚ Noter l'ensemble des actions et interactions du manager sur le cahier d'observation ;
- ✚ Rendre compte du discours du manager de santé en lien avec la sécurité (réactions, remarques, interactions etc.) ;
- ✚ Inviter le manager à expliciter ses actions.

A l'issue de l'observation sur site :

- ✚ Repérer les actions de la journée en lien avec la sécurité identifiées sur la check-list ;
- ✚ Noter les conditions de réalisation de l'observation, les difficultés rencontrées, les pistes de réflexion ;
- ✚ Croiser les informations collectées avec celles obtenues par les autres méthodes de recueil des données.

A FAIRE

En début de journée :

- ✚ Se présenter ;
- ✚ Rappeler le champ du projet, ses objectifs, ses retombées attendues, son déroulement ;
- ✚ Rappeler le déroulement de l'observation et ses objectifs ;
- ✚ Rappeler la confidentialité des données recueillies et l'anonymisation des personnes rencontrées au cours de l'observation ;
- ✚ Désamorcer l'idée d'évaluation.

Au cours de la journée :

- ✚ Rester en retrait lors des interactions du manager avec d'autres professionnels ;
- ✚ Participer à la réalisation de tâches sur invitation du manager ;
- ✚ Porter une tenue adaptée aux lieux observés (blouse, sur chaussures, ...) ;
- ✚ Respecter les consignes de sécurité signifiées par le manager.

Annexe 7

***Grille d'observation d'une réunion d'instance et fiche
d'utilisation***



**GRILLE D'OBSERVATION
REUNION D'INSTANCE DECISIONNAIRE**

SALLE DE REUNION- DISPOSITION			
Situation géographique dans l'établissement	<input type="checkbox"/> dans une unité de soin clinique	<input type="checkbox"/> au sous sol de l'établissement	<input type="checkbox"/> Autre.....
	<input type="checkbox"/> dans un bâtiment en retrait de l'activité de soin clinique	<input type="checkbox"/> dans le service administratif	
Capacité d'accueil (approximatif)	<input type="checkbox"/> 0 à 10 personnes	<input type="checkbox"/> 10 à 40 personnes	<input type="checkbox"/> + de 40 personnes
Fonction initiale de la salle (si précisée)	.....	
Schéma de la disposition initiale des chaises et tables	<input type="checkbox"/> en U	<input type="checkbox"/> scolaire	<input type="checkbox"/> autre
Mobiliers (tableaux, paperboards, chaises, tables, table pour le café, pupitre etc.) :	<input type="checkbox"/> tableaux	<input type="checkbox"/> paperboards	<input type="checkbox"/> tables
	<input type="checkbox"/> chaises	<input type="checkbox"/> fauteuils	<input type="checkbox"/> coin café
	<input type="checkbox"/> pupitre	<input type="checkbox"/> télé, informatique	<input type="checkbox"/> autre
Décorations :	.....	
Couleurs :	.....	

LA REUNION

Début	..... h.....		
Fin	..... h.....		
Schéma de la disposition pour la réunion <input type="checkbox"/> Pas de modification			
Participants			
(Nom, Prénom, fonction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le secrétariat est il assuré ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Animateur (Nom, prénom, fonction)	.....	
Mode d'animation	<input type="checkbox"/> Assis	<input type="checkbox"/> debout	<input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> mobile
Outils utilisés	<input type="checkbox"/> Diaporama	<input type="checkbox"/> documents papiers	<input type="checkbox"/> autres
Périodicité	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Autre.....
	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	
	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Extraordinaire	

Ordre du jour (objectifs)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Relevé de décisions relatives à la sécurité	Managers responsables de la mise en œuvre		
Décision 1 :	<input type="checkbox"/> Tops managers	<input type="checkbox"/> Managers intermédiaires	<input type="checkbox"/> Managers de proximité
Décision 2 :	<input type="checkbox"/> Tops managers	<input type="checkbox"/> Managers intermédiaires	<input type="checkbox"/> Managers de proximité
Décision 3 :	<input type="checkbox"/> Tops managers	<input type="checkbox"/> Managers intermédiaires	<input type="checkbox"/> Managers de proximité
THEME DE LA SECURITE			
Ce thème était-il ...	<input type="checkbox"/> Prévu dans l'ODJ <input type="checkbox"/> Non prévu dans l'ODJ		
Temps global consacré	..... min		
RISQUES ASSOCIES AUX SOINS*			
Intervenants (noter les fonctions)	Sujets abordés et temps dédié	Éléments d'échange	Décisions prises à l'issue des échanges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES RISQUES			

Intervenants (noter les fonctions)	Sujets et temps dédié	Éléments d'échange	Décisions prises à l'issue des échanges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>min	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>min	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>min	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>min	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>min	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>min	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risques liés à l'utilisation, prescription de médicaments et produits sanguins labiles ; dispositifs médicaux (prothèses, matériovigilance) ; sécurité des soins (perfusion, infections, piqure, coupure, projection, inhalation, injection, risque infectieux ; douleur ; continuité des soins ; erreur d'identité, de diagnostic, thérapeutique ; non respect des recommandations, protocoles ; mobilisation du patient ; comportement du patient(fugue, violence, agressivité, refus de soins, consommation, détention de produits toxiques, conduite addictive, suicide, dénutrition).

Grille d'observation spécifique

La grille suivante devrait permettre de se focaliser sur un manager en particulier afin de se rendre compte de son implication sur le sujet de la sécurité.
Les interventions et interpellations ciblées sont celles en lien avec la sécurité.

MANAGER 1

Fonction :

QUELLE PLACE ?	<input type="checkbox"/> Centrale (<i>possibilité de suivre l'ensemble des échanges</i>)	<input type="checkbox"/> En retrait	Entourage :.....	
PERSONNALISATION DE L'ESPACE ?	<input type="checkbox"/> Etale ses effets personnels	<input type="checkbox"/> Etale ses mouvements	<input type="checkbox"/> Parle fort	<input type="checkbox"/> Autre.....
EST INTERVENU ...				
<i>Sur quels sujets ?</i>	<i>Avec quelle tonalité? (informatif, consultatif, directif, revendicatif etc.)</i>	<i>Qui réagit ?</i>	<i>Avec quels propos ?</i>	<i>Quelles réponses apportées ?</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ETE SOLLICITE ...				
<i>Par qui ?</i>	<i>Sur quels sujets ?</i>	<i>Avec quelle tonalité ?</i>	<i>Réponse apportées</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUELLES ACTIVITES PARALLELES ?				

<i>Mèl ?</i>	<i>Téléphone ?</i>	<i>Apartés ?</i>	<i>Autres ?</i>	
<input type="checkbox"/> Lors des échanges relatifs à la sécurité des soins	<input type="checkbox"/> Lors des échanges relatifs à la sécurité des soins	<input type="checkbox"/> Lors des échanges relatifs à la sécurité des soins	<input type="checkbox"/> Lors des échanges relatifs à la sécurité des soins	
<input type="checkbox"/> Lors des échanges relatifs à aux autres risques	<input type="checkbox"/> Lors des échanges relatifs à aux autres risques	<input type="checkbox"/> Lors des échanges relatifs à aux autres risques	<input type="checkbox"/> Lors des échanges relatifs à aux autres risques	

Fiche d'utilisation : observation d'une réunion d'instance et observation spécifique

OBJECTIFS

- ✚ Rendre compte de la place accordée à la thématique « sécurité » dans la gouvernance d'établissement ;
- ✚ Rendre compte des interactions des managers autour de la thématique de la sécurité ;
- ✚ Observer l'attitude des managers en matière de sécurité (intéressés, passifs, engagés etc.).

QUI ?

Observateurs : 1 à 2 professionnels du CCECQA (et ses partenaires).

Observés :

- ✚ Tops managers : directeur ; directeur des soins ; directeur de la qualité et de la gestion des risques ; président de CME ;
- ✚ Managers intermédiaires : chef de pôle ; cadre de pôle ;
- ✚ Managers de proximité : chef de service ; cadre de service.

OU ?

Dans la salle prévue pour la tenue de la réunion.

QUAND ?

A l'occasion d'1 réunion d'instance décisionnelle : le directoire **OU** la Commission Médicale d'Etablissement **OU** toute autre réunion institutionnelle.

COMMENT ?

Au cours de la réunion

- ✚ Renseigner la grille d'observation générale et la grille d'observation spécifique ;

A l'issue de la réunion

- ✚ Noter les conditions de réalisation de l'observation, les difficultés rencontrées, les pistes de réflexion ;
- ✚ Croiser les informations collectées avec celles obtenues par les autres méthodes de recueil des données (entretiens, analyse de documents etc.).

A FAIRE

- ✚ Respecter les indications données par les professionnels (ex : placement, sortie lorsque le sujet abordé ne nous est pas autorisé, etc.)

En début de réunion

- ✚ Se présenter ;
- ✚ Rappeler le champ du projet, ses objectifs, ses retombées attendues, son déroulement ;
- ✚ Rappeler les objectifs de l'observation ;
- ✚ Rappeler les principes de confidentialité et d'anonymat de la méthode d'observation ;
- ✚ S'assurer que les conditions d'observation sont comprises et acceptées par les professionnels présents.

Pendant la réunion

- ✚ Ne pas intervenir lors des échanges.

A l'issue de la réunion

- ✚ Si l'opportunité se présente, inviter les managers observés à expliciter et réagir aux données recueillies lors de la réunion ;
- ✚ Noter les éléments n'ayant pu être renseignés pendant la réunion ;

A EVITER

- ✚ Se comporter comme des contrôleurs, des inspecteurs ;
- ✚ Noter simultanément les échanges et éléments abordés qui sont « sensibles » ;
- ✚ prendre une place stratégique qu'un autre acteur aurait pu vouloir occuper.

Annexe 8

*Questionnaire pour la mesure du climat de sécurité des
soignants et fiche d'utilisation*



CULTURE DE SECURITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Projet EMERAUDES - septembre 2014

S'inscrivant dans une démarche de gestion des risques et de sécurisation des soins, le projet EMERAUDES, développé par le CCECQA et ses partenaires (ICSI, IRBA, EDF RD, Université de Bordeaux, CH Agen, CCLIN SO) et financé par le ministère de la santé, poursuit deux objectifs principaux :

- analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en établissement de santé,
- rechercher une association entre un engagement et un soutien forts des managers et une culture de sécurité développée des soignants.

Cette étude combine une approche qualitative (réalisation d'entretiens, d'observations sociologiques et d'une analyse documentaire) et une approche quantitative.

Dans le cadre de cette dernière, nous vous invitons à répondre au questionnaire suivant évaluant le climat de sécurité auprès des soignants. Il permet de recueillir la perception des professionnels sur la sécurité des soins dans leur service et dans l'établissement et de mieux connaître leur attitude en matière de sécurité des soins.

Le remplissage de ce questionnaire est individuel et est estimé à 15 minutes.

Nous vous remercions de le renseigner en une seule fois.

La confidentialité et l'anonymat des données sont garantis.

Ce questionnaire ne peut être renseigné **que par les professionnels « tirés au sort »** et invités par le référent projet de l'établissement à y accéder par un lien numérique.

Nous vous remercions pour votre participation.

Etablissement :

Suivant



CULTURE DE SECURITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Projet EMERAUDES - septembre 2014

Heure de DEBUT de remplissage : heures minutes

A - Votre service ou votre unité fonctionnelle

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle ...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer les meilleurs soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour une meilleure qualité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Le personnel à l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu d'erreurs plus graves dans le service jusqu'ici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Quand l'activité d'un secteur du service est très dense, les autres secteurs lui viennent en aide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Au contact des collègues du service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précédent

Suivant



CULTURE DE SECURITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Projet EMERAUDES - septembre 2014

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle ...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
14. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans le dossiers administratifs du personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B - Votre supérieur hiérarchique immédiat

Pour les médecins libéraux ou les chefs de service, le supérieur hiérarchique est la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou la Direction de pôle.

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle ...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C - Communication

Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent-elles dans votre service ou votre unité fonctionnelle ...

	Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dans ce service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précédent

Suivant



CULTURE DE SECURITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Projet EMERAUDES - septembre 2014

D - Fréquences de signalement des événements indésirables

Lorsque les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre service ou unité fonctionnelle ?

	Jamais	Rarement	De temps en temps	La plupart du temps	Toujours
1. Quand une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, elle est signalée...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quand une erreur est faite, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, elle est signalée...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quand une erreur est faite et qu'elle pourrait nuire au patient mais qu'elle n'a finalement pas d'effet, elle est signalée...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E - Niveau de sécurité des soins

Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cocher UNE seule réponse.

Excellent Très bon Acceptable Faible Défaillant

F - Votre établissement de santé

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre établissement ...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Les changements d'équipes sont problématiques pour les patients dans l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G - Nombre d'événements indésirables signalés

Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? Cocher UNE seule réponse.

- Aucune
 1 à 2 fiches
 3 à 5 fiches
 6 à 10 fiches
 11 à 20 fiches
 Plus de 20 fiches

Précédent

Suivant



CULTURE DE SECURITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Projet EMERAUDES - septembre 2014

H - Informations générales

1. Vous êtes ...

- Médecin Interne Sage-femme Cadre infirmier
 Infirmier Aide soignant(e) Autre ...

2. Depuis combien d'années exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ?

- Moins de 1 an 1 à 2 ans 3 à 5 ans 6 à 10 ans 11 ans ou plus

3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement de santé ?

- Moins de 1 an 1 à 2 ans 3 à 5 ans 6 ans ou plus

4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- Moins de 1 an 1 à 2 ans 3 à 5 ans 6 ans ou plus

5. Vous travaillez dans ce service ...

- Moins de 50% de votre temps de travail 50% ou plus de votre temps de travail

6. Participez-vous ou avez-vous participé dans cet établissement à des structures ou des comités de gestion des risques (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de LUTte contre la Douleur, Vigilances, Commission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles, etc.) ?

- OUI NON

I - Vos commentaires

Heure de FIN de remplissage : heures minutes

N'oubliez pas de VALIDER votre saisie avant de quitter le formulaire (bouton ci-dessous) ...

Précédent



<< imprimer vos réponses

Valider

Fiche d'utilisation : Le questionnaire de mesure du climat de sécurité

OBJECTIFS

Evaluer le climat de sécurité des soignants :

- ✚ Evaluer leur perception de l'organisation de la sécurité dans l'établissement ;
- ✚ Evaluer leur attitude en matière de sécurité.

QUI ?

- ✚ La passation doit être réalisée uniquement auprès des professionnels exerçant une activité dans les structures engagées dans le projet EMERAUDES ;
- ✚ Sont exclus les professionnels des structures rattachées à l'établissement (ex : l'EHPAD associé) ;
- ✚ **Tous les médecins** sont invités à répondre ;
- ✚ **10 % de tous les soignants** seront invités à participer: infirmiers, aide-soignant, kinésithérapeutes et autres soignants travaillant à **plein-temps ou à temps partiel** (au moins un jour par semaine) dans l'établissement ;
- ✚ **Peuvent être inclus les internes et les élèves soignants** présents dans l'établissement depuis au moins un mois ;
- ✚ Les professionnels de l'unité participant au recueil des données qualitatives peuvent être inclus dans l'échantillon.

OU ?

- ✚ Sur le lieu de travail du professionnel concerné ;
- ✚ Dans un espace permettant le remplissage en toute confidentialité.

QUAND ?

- ✚ Au cours de la période indiquée par le CCECQA.

COMMENT ?

L'outil

- ✚ Le climat de sécurité est mesuré à l'aide de la version française du questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) développé par l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality.
- ✚ 10 dimensions de la culture de sécurité sont explorées :
 - Les attentes et les actions des responsables pour la sécurité des soins ;
 - L'organisation apprenante et amélioration continue ;
 - Le travail d'équipe dans le service ;
 - La liberté d'expression ;
 - La réponse non punitive à l'erreur ;
 - Les ressources humaines ;
 - Le soutien du management pour la sécurité des soins ;
 - Le travail d'équipe entre les services de l'établissement;
 - La perception globale de la sécurité;
 - La fréquence de signalement des évènements indésirables.
- ✚ Les questions sont cotées au moyen d'une échelle de Likert à 5 modalités (pas du tout d'accord / pas d'accord / neutre / d'accord / tout à fait d'accord) ;
- ✚ Le questionnaire est rendu accessible à l'établissement *via* la plateforme de saisie du CCECQA : E-FORAP ;
- ✚ Un tirage au sort des soignants invités à répondre est réalisé par l'établissement selon la méthode proposée par le CCECQA ;
- ✚ La saisie et l'analyse des données avec production automatisée d'un rapport de résultats sont réalisées en ligne ;

L'accès

- ✚ Un identifiant collectif est communiqué par le CCECQA au référent projet ;
- ✚ Le référent du projet transmet ce lien à chacun des répondants tirés au sort : par mél, *via* l'intranet, *via* une borne de connexion ou tout autre moyen à sa convenance.

Le remplissage

- ✚ Le remplissage est volontaire ;
- ✚ Il est individuel ;
- ✚ **Un seul** questionnaire par répondant est réalisé ;
- ✚ La durée de remplissage est estimée à 15 minutes ;
- ✚ La période de collecte des données est limitée à quelques jours afin de laisser le temps à chaque professionnel de santé de se rendre disponible pour remplir le questionnaire.

A FAIRE

- ✚ Prévoir une note de service ou tout autre support permettant une communication claire des objectifs et modalités de passation du questionnaire auprès des répondants ;
- ✚ S'adapter aux contraintes des établissements pour assurer la passation du questionnaire en proposant un remplissage sous un format papier si nécessaire ;
- ✚ S'assurer que le référent projet a réalisé le tirage au sort des professionnels ciblés selon la procédure définie ;
- ✚ Inviter le référent à organiser la communication des résultats de l'enquête dans son établissement sur la base du rapport généré automatiquement par la plateforme.

Pour une passation via la plateforme internet

- ✚ S'assurer qu'une connexion au serveur internet est possible pour les professionnels ciblés ;

Pour une passation en format papier

- ✚ Transmettre au référent projet un modèle du questionnaire dans ce format ;

- ✚ S'assurer que le nom des répondants n'apparaît pas sur les questionnaires ;
- ✚ S'assurer que la saisie des questionnaires sera réalisée par le référent sur la plateforme internet ;
- ✚ S'assurer que les questionnaires remplis seront déposés par les professionnels dans une boîte de collecte ;
- ✚ S'assurer que l'emplacement de la boîte de collecte soit connu des répondants ;
- ✚ S'assurer de la visibilité de la boîte de collecte.

A EVITER

- ✚ Accepter que la saisie des questionnaires papier soit réalisée par le CCECQA.

Annexe 9

*Guide pour la mesure du climat de sécurité des soignants,
septembre 2014.*



Projet EMERAUDES

Guide de recueil de la mesure de culture de sécurité des soins en milieu hospitalier

Septembre 2014

Document élaboré par : M. Kret, A. Djihoud
avec l'aide du groupe de travail : J-L. Quenon, M. Levif, C. Pourin, I. Feray, L. Gaillard

L'outil de mesure proposé est issu du questionnaire Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality¹. Il a été traduit de l'anglais en français par un groupe de chercheurs participant à un projet de recherche du CCECQA sur les systèmes de signalements des événements indésirables liés aux soins. La version française qui vous est proposée a été validée par le CCECQA en 2013².

I. Qu'est-ce que la culture de sécurité ?

La culture de sécurité des soins (CS) 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 liés aux soins³.

II. Que mesure le questionnaire ?

- La culture de sécurité s'intéresse à ce que pensent les professionnels, à ce qu'ils font et à ce que l'organisation a mis en place en matière de sécurité.
- Ce questionnaire mesure une partie de la culture de sécurité : ce que les professionnels pensent en matière de sécurité des soins. Cette partie de la culture de sécurité est désignée « climat de sécurité ».
- Sont recueillies les perceptions et les attitudes des professionnels sur dix thématiques considérées comme importantes pour la sécurité. Ces thématiques (ou dimensions) sont présentées ci-dessous.

Dimensions de la culture de sécurité et leurs définitions

1	Perception globale de la sécurité La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs, et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service.
2	Fréquence de signalement des événements indésirables Les erreurs suivantes sont signalées : 1) les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, 2) les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient, et 3) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.
3	Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins.

¹ <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>

² Ocelli P, Quenon J-L, 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.

³ Cette définition a été proposée en 2006 par la société européenne pour la qualité des soins (The European Society for Quality in Health Care, www.esqh.net).

	Organisation apprenante et amélioration continue
4	Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. Les erreurs conduisent à des changements positifs et l'efficacité de ces changements est évaluée.
	Travail d'équipe dans le service
5	Dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.
	Liberté d'expression
6	Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.
	Réponse non punitive à l'erreur
7	Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs.
	Ressources humaines
8	Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.
	Soutien du management pour la sécurité des soins
9	La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins.
	Travail d'équipe entre les services de l'établissement
10	Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

Ces 10 dimensions sont mesurées au travers de 40 items.

- Le questionnaire permet également de recueillir les **pratiques déclarées** des professionnels (ex : nombre de fiches de signalement remplies et transmises).

III. A quel moment enquêter les unités de travail volontaires ?

L'idéal est de mesurer la culture de sécurité en dehors d'une période de changements importants, au cours d'une période où le personnel et l'activité de l'établissement sont relativement stables.

En effet, les réponses des professionnels au questionnaire peuvent être influencées par des facteurs liés à leur service (survenue récente d'un accident, changement de l'encadrement de proximité, changement du personnel, etc.), par des facteurs liés à l'établissement (période de certification, arrivée d'un nouveau directeur, etc.) ou par des facteurs externes (médiatisation récente d'accidents médicaux, nouvelles réglementations, etc.).

IV. Qui peut répondre au questionnaire de culture de sécurité ?

Cette étude est proposée à un niveau établissement. Ainsi, **tous les professionnels participants directement aux soins**, travaillant dans l'établissement **depuis au moins un mois et au moins un jour par semaine** (y compris les personnels "volants") sont concernés par l'étude.

Sont inclus notamment : les médecins (salariés, libéraux, contractuels, chefs de pôle et chefs de service, etc.), les cadres de santé, les sages-femmes, les infirmiers (dont élèves), les aides-soignants (dont élèves), les internes et les autres soignants (kinésithérapeutes, psychothérapeutes, ergothérapeutes, manipulateur radio, diététicien, etc.). Cette liste n'est pas exhaustive. En cas de doute sur l'inclusion d'un professionnel, veuillez contacter l'équipe projet EMERAUDES du CCECQA.

Sont exclus : les brancardiers, les agents de service hospitaliers (ASH), les professionnels de laboratoire et de dépôt de sang, les assistants sociaux, les agents d'amphithéâtre, les secrétaires médicales. Les professionnels absents lors de la période d'étude (congé maternité, congé maladie, vacances, etc.) sont également exclus.

Un tirage au sort permet de déterminer les professionnels qui seront interrogés.

Sont sélectionnés **100 % des médecins et cadres de santé, et 20 % des autres professionnels de santé**. Un outil de tirage au sort (TAS) est mis à la disposition des établissements (classeur Excel).

V. Comment mener l'enquête ?

1. Préparation de l'enquête

- **Identification d'un ou des référent(s)** pour l'enquête quantitative (référent projet dans l'établissement ou personne désignée responsable local du déroulement de cette partie de l'étude)
- **Identification des personnes relais dans les services** (ex : les cadres de santé)
- **Communication** auprès des instances et des professionnels de l'établissement (outils mis à la disposition des établissements ; fiche projet, diaporama, etc.)
- **Réalisation du tirage au sort à l'aide de l'outil proposé** :
 - **Identification des professionnels éligibles** à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion.
 - **Saisie de la liste des professionnels éligibles** dans l'onglet « base de sondage » de l'outil de TAS.
 - **Réalisation du tirage au sort**
- **Envoi à l'équipe du CCECQA du tableau anonymisé des professionnels tirés au sort** (onglet « récapitulatif anonymisé » de l'outil de TAS) permettant notamment le calcul du taux de réponses.

Afin de déterminer avec précision le nombre total de professionnels inclus

- il est recommandé d'établir une liste nominative de ces professionnels,
- il est important de s'assurer que chaque professionnel de cette liste reçoive un questionnaire à remplir.

- **Information des professionnels inclus** (objectifs et retombées attendues de la démarche, règles de confidentialité, modalités de distribution et de collecte des questionnaires, de restitution des résultats, etc.).

Bien préparer son enquête pour obtenir une participation élevée (taux de participation > 50 %)

La littérature sur la culture de sécurité signale le faible taux de participation fréquemment associé à ce type d'enquête. Un nombre insuffisant de réponses rend l'interprétation des résultats difficile, avec le risque d'obtenir l'opinion de quelques professionnels plutôt qu'une mesure de la culture de sécurité. Les contraintes de terrain (manque de disponibilité des professionnels, difficulté de s'isoler, absence de lieu adapté pour remplir le questionnaire) et l'inquiétude vis-à-vis du respect de la confidentialité constituent les principaux freins.

Comment optimiser son taux de participation :

1- Importance d'une communication claire et efficace

- Eviter toute ambiguïté sur les objectifs du projet EMERAUDES
- Etre clair par rapport à l'anonymat et à la confidentialité

2- Importance de l'implication de l'encadrement

- Communication autour du projet EMERAUDES : affichage, courrier électronique, journal interne, etc.
- Contact régulier avec les professionnels (sur place ou par mél)
- Importance des personnes relais dans les services

3- Être à l'écoute et disponible pour les questions des professionnels

4- Disponibilité de postes informatiques, à l'abri des regards, pour répondre dans de bonnes conditions au questionnaire.

2. Déroulement de l'enquête

- **Envoi par l'équipe du CCECQA d'un lien d'accès à la plateforme de saisie au référent.**
- **Transmission de ce lien aux professionnels inclus par le TAS :** par mél, par l'intranet, par une borne de connexion ou par tout autre moyen à sa convenance.
- **Relances collectives** au bout de 8 jours et 15 jours
- **Clôture du recueil** au bout de 21 jours.

Les personnes relais au sein des unités peuvent aider à :

- informer les professionnels du projet,
- répondre aux questions du personnel,
- inciter les professionnels à répondre au questionnaire de façon individuelle,
- veiller au bon déroulement de l'enquête.

3. Analyse des données

L'analyse des données sera faite au niveau établissement. Un rapport de résultats présentant un descriptif des répondants, la répartition des réponses à chaque question du questionnaire ainsi qu'une analyse par dimension sera réalisée. **L'équipe du CCECQA restituera à l'établissement un rapport comprenant les résultats quantitatifs (mesure de la culture de sécurité) et qualitatifs (résultats des entretiens, observations, etc.).**

4. Présentation des résultats

Les résultats de l'enquête pourront être transmis aux professionnels de l'établissement en diffusant le rapport contenant les résultats envoyés par le CCECQA ou en organisant une présentation orale des résultats.

VI. Quels sont les conseils en matière de confidentialité des données et des résultats ?

Le mode de recueil proposé est entièrement anonyme. Les professionnels reçoivent un lien internet et répondent *via* une plateforme informatique. Aucune information nominative concernant le répondant n'est demandée. La rubrique « informations générales » du questionnaire permet d'avoir des informations sur le répondant. Toutefois, le niveau d'analyse étant l'établissement, aucun résultat fourni ne permet de revenir au répondant.

VII. Foire aux questions.

Culture de sécurité

✓ Quelle est la différence entre culture de sécurité et climat de sécurité ?

La culture de sécurité s'intéresse à ce que pensent les professionnels, à ce qu'ils font et à ce que l'organisation a mis en place en matière de sécurité.

Ce questionnaire mesure une partie de la culture de sécurité : ce que les professionnels pensent en matière de sécurité des soins. Cette partie de la culture de sécurité est désignée « climat de sécurité ».

La culture de sécurité est plus stable que le climat de sécurité.

Sélection des professionnels

✓ Pourquoi inclut-on les cadres de santé, les chefs de service et les chefs de pôle ?

Selon les organisations locales, les cadres de santé, chefs de service et chefs de pôle ont une activité directement ou indirectement liée aux soins. Il s'agit de managers, leur rôle dans le développement d'une culture de sécurité est une des questions principales du projet EMERAUDES.

✓ Pourquoi inclut-on 100 % des médecins et des cadres de santé ?

La surreprésentation des médecins et des cadres de santé devrait permettre d'améliorer le taux de participation de ces managers (en particulier des médecins), d'améliorer leur représentativité au sein de l'échantillonnage et de prendre en compte l'importance du leadership dans les services.

✓ Pourquoi inclure seulement 20 % des soignants ?

La revue de la littérature a permis d'identifier des études associant une approche qualitative et quantitative. Une mesure de la culture de sécurité (ou plus exactement du climat de sécurité) au niveau de l'établissement peut être réalisée sur un échantillon de 10 % des effectifs soignants. Dans le projet EMERAUDES, nous faisons l'hypothèse en nous basant sur nos études précédentes que le taux de participation sera d'environ 50 %. Avec un échantillon tiré au sort de 20 % des effectifs soignants, il sera possible d'obtenir les 10 % de soignants souhaités.

✓ **Si un professionnel travaille dans plusieurs unités de travail doit-il répondre plusieurs fois ?**

Non, le recueil étant au niveau établissement une seule réponse par professionnel est attendue. Lors du remplissage du questionnaire, il considèrera l'unité de travail où il exerce la majorité de son temps d'activité.

✓ **Si un professionnel non tiré au sort veut répondre, peut-il le faire ?**

Non. Il est demandé au référent de veiller à ce que seuls les professionnels tirés au sort puissent répondre.

✓ **Les auxiliaires de puériculture (AP) peuvent-ils être inclus dans l'étude ?**

Elles sont exclues de ce type d'étude car elles ne participent pas directement aux soins.

✓ **Inclut-on les professionnels « volants » ?**

Oui, ils font partie de l'établissement et sont donc concernés par l'étude. Ils sont inclus s'ils travaillent depuis au moins un mois, et au moins un jour par semaine dans l'établissement. Lors du remplissage du questionnaire, ils considèreront l'unité de travail où ils exercent la majorité de leur temps d'activité pendant la période de l'étude.

✓ **Faut-il inclure les professionnels avec un contrat à durée déterminée (CDD) pour un remplacement ?**

Oui, seront inclus dans l'étude les professionnels présents depuis au moins un mois et travaillant au moins une fois par semaine dans l'établissement.

✓ **Y-a-t-il un identifiant à transmettre aux professionnels répondants ?**

Non. L'enquête étant totalement anonymisée, aucun identifiant sera utilisé.

Outil de TAS

✓ **Peut-on ajouter des colonnes à l'onglet « base de sondage » ?**

Oui, une colonne mél peut par exemple être ajoutée. Lors du tirage au sort, les colonnes seront conservées. Un maximum de 17 colonnes peut être ajouté.

✓ **Pourquoi ne peut-on pas faire un copier/coller dans la colonne fonction ?**

Pour que le tirage au sort intègre bien 100 % des managers et 20 % des autres professionnels, il est indispensable que l'intitulé des fonctions ne varie pas d'un professionnel à l'autre.

✓ **Un message d'erreur « Une fonction n'est pas renseignée » apparaît, pourquoi ?**

Vous devez saisir une fonction pour chaque répondant, sinon le tirage au sort ne s'effectuera pas. Pour qu'un professionnel soit inclus dans le tirage au sort, il est indispensable qu'il ait une fonction valide.

✓ **C'est très long de rentrer toutes les fonctions, y-a-t-il une solution pour aller plus vite ?**

Lorsqu'une fonction a été sélectionnée une première fois dans la colonne, la saisie de la première lettre vous permet une sélection plus rapide de chaque fonction. Lorsque plusieurs mots commencent par les mêmes lettres (exemple : interne et infirmer), la saisie de plusieurs lettres est nécessaire.

Exemple : vous saisissez 50 médecins. Pour le premier, utilisez le menu déroulant. Pour les 49 autres, mettez-vous sur la case, tapez « m », puis entrez, « médecin » est alors sélectionné.

✓ **Il n'est pas possible de cliquer sur le bouton de tirage au sort ?**

Vérifier le niveau de sécurité de l'activation des macros à l'aide de la procédure indiquée sur l'outil de TAS.

✓ **A quoi sert l'onglet « récapitulatif anonymisé » ?**

Cet onglet est à envoyer à l'équipe du CCECQA. Il permet de connaître le nombre de professionnels tirés au sort pour chaque catégorie professionnelle, ainsi que le nombre total de professionnels tirés au sort. Ces effectifs sont nécessaires pour calculer les taux de participation.

Questionnaire

✓ **Y-a-t-il des questions à réponses obligatoires sur le questionnaire, pouvant bloquer la saisie en l'absence de réponse ?**

Non.

✓ **Combien de temps prend le remplissage du questionnaire ?**

Le remplissage individuel est estimé à 15 minutes.

✓ **Comment les médecins chefs de pôle et chefs de service répondent-ils à la question sur la hiérarchie ?**

Dans cette approche quantitative, les chefs de pôle et chefs de service sont considérés comme des médecins soignants. Le président de CME ou le directeur d'établissement seront considérés comme leur supérieur hiérarchique.

✓ **Comment les cadres de santé répondent-ils à la question sur la hiérarchie ?**

Le cadre de santé est placé sous la hiérarchie du cadre de pôle lorsque ce niveau hiérarchique existe. A défaut (notamment dans le secteur privé), le directeur des soins infirmiers sera considéré comme le supérieur hiérarchique du cadre de santé. Enfin, certaines configurations locales peuvent placer le cadre de santé sous la hiérarchie du chef de service.

Confidentialité

✓ Comment peut-on garantir la confidentialité et l'anonymat ?

- Le fichier nominatif a pour seul objectif d'effectuer le tirage au sort et il reste au sein de l'établissement (il n'est pas transmis au CCECQA).
- Aucun identifiant ou mot de passe n'est attribué aux professionnels.
- Lorsqu'un questionnaire est validé sur la plateforme, il n'est plus accessible. Seules les données saisies pourront être récupérées par l'équipe du CCECQA.
- Seuls des résultats agrégés au niveau de l'établissement seront restitués.

Recueil des données

✓ Combien de temps dure la période de recueil ?

Trois semaines consécutives. Les périodes de vacances scolaires doivent, dans la mesure du possible, être évitées.

✓ A quoi sert la relance ?

Pour mesurer la culture de sécurité, il est nécessaire d'avoir un taux de participation le plus élevé possible. Les relances permettent d'augmenter ce taux de participation.

✓ Qui fait la relance, quand et comment ?

C'est l'établissement qui est en charge d'effectuer une relance, 8 jours puis 15 jours après le début de l'enquête. Une relance ciblée aux non répondants est impossible puisque les réponses sont anonymes. Ainsi, la relance est globale pour l'ensemble des professionnels sélectionnés par le TAS. L'établissement est libre pour le choix du moyen de diffusion (mél, intranet, personne relai de proximité, etc.).

✓ Le référent peut-il avoir accès à un état d'avancement du recueil ?

Non. Les données étant anonymisées, seul le nombre de répondants pourra être transmis au référent, sur demande à l'équipe du CCECQA.

✓ Que faire si un professionnel rencontre un problème dans la saisie ?

Celui-ci doit joindre l'équipe du CCECQA.

✓ Le professionnel peut-il saisir son questionnaire en plusieurs fois ?

Non. Les réponses étant anonymes, il n'y a aucun moyen de retourner sur son questionnaire s'il est fermé en cours de saisie. Un questionnaire sera inclus dans l'analyse des données seulement si le professionnel l'a validé à la fin de sa saisie.

✓ La connexion se coupe-t-elle automatiquement au bout de quelques minutes sans activité ?

Oui, vous êtes déconnecté automatiquement au bout de 10 minutes d'inactivité.

Résultats

✓ Quand les résultats seront-ils transmis aux établissements ?

Dans un premier temps, les établissements participants seront destinataires des résultats de l'enquête quantitative et qualitative dans leur établissement. Dans un deuxième temps, ils recevront un rapport avec les résultats globaux du projet (ensemble des établissements participants).

✓ Les établissements pourront ils récupérer leurs données ?

Oui, le fichier de données anonymisé, peut être transmis à l'établissement à la fin du projet EMERAUDES sur demande à l'équipe du CCECQA.

Contacts

Dr Jean-Luc Quenon	jean-luc.quenon@ccecqa.asso.fr	05 57 65 61 44
Marie Levif	m.levifccecqa@laposte.net	05 57 62 30 40
Marion Kret	marion.kret@ccecqa.asso.fr	05 57 65 61 39
Ahmed Djihoud	ahmed.djihoud@ccecqa.asso.fr	05 57 65 61 43

Annexe 10

Tableau récapitulatif des enquêtes réalisées dans chaque établissement

Tableau récapitulatif des enquêtes réalisées

	Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C	Etablissement D	Etablissement E	Etablissement F	Etablissement G
ENTRETIENS							
directeur	fait	fait	fait	fait	fait	fait	fait
DSI/RSI	fait	fait	fait	fait	fait	fait	fait
directeur qualité	fait	fait	fait	fait	fait	fait	le RSI est aussi directeur qualité
pdt de CME	fait	fait	fait	fait (PDG)	fait	fait	fait
chef de pôle	fait	NA	NA	NA	fait	fait	NA
cadre de pôle	NA	NA	NA	NA	fait	fait	NA
chef de service	NA	NA	NA	fait (réfèrent des chirurgiens gynécologues)	fait	fait	fait
cadre de santé	fait (2)	fait	fait	fait	fait	fait	fait (2)
médecin	fait	fait	fait	fait	fait	fait	fait (1 psychiatre + 1 généraliste)
IDE	fait	fait	fait	fait	fait	fait	NA
AS	fait	fait	fait	fait	fait	fait	fait
Autre							
OBSERVATIONS							
top manager	fait (DSI)	fait (DSI)	fait (DSI)	fait	fait (directeur)	fait (DSI)	fait (directeur)
manager intermédiaire		NA	NA	NA	fait (chef de pôle)	NA	
manager de proximité	fait (cadre)	fait (cadre de santé)	fait (cadre de santé)	fait	NA	fait (cadre)	fait (cadre de santé)
réunion d'instance	fait (comité pilotage qualité)	fait (CME)	fait (CME)	fait (comité de direction)	fait (CME)	fait (CME)	fait (staff directoire)
Autre	cellule qualité						
ANALYSE DOC.	fait	fait	fait	fait	fait	fait	fait
Questionnaire de mesure de la CS	fait	fait	fait	fait	fait	fait	fait

Annexe 11

Entretien réalisé avec le directeur des soins infirmiers d'un établissement

Retranscription d'un entretien avec le directeur des soins d'un établissement

Données sociodémographiques :

Age : 54 ans.

Ancienneté dans l'établissement : depuis 2002.

Ancienneté sur le poste : depuis 2000.

Participation à des instances : conseil de surveillance ; CME ; CTE ; CHSCT ; Comité qualité gestion des risques ; Comité d'éthique ; CLUD ; CLIN ; CLAN ; Commission des soins infirmiers ; Réunion des cadres ; Réunion des cadres de direction ; Equipe de direction ; Conseil de vie sociale ; Commission d'admissions EHPAD ; COMEDIMS ; les réunions qualité dans les services.

Éléments de contexte

L'entretien se déroule dans le bureau du DSI. Il arrive un peu en retard et explique arriver du bloc où il était avec le directeur.

Avant de commencer l'entretien il tient à me signaler les « bénéfiques » de la participation de l'établissement au projet Believe (projet favorisant les rencontres et échanges entre 32 établissements adhérents du CCECQA autour de la prise en charge de la douleur sur la base de l'indicateur IPAQSS) il y a quelques années et au cours duquel nous avons eu l'occasion de travailler ensemble. Il explique que la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans son établissement est aujourd'hui tout à fait conforme et s'en réjouit. Concernant la dynamique d'échanges amorcé (avec 3 autres établissements pour ce qui concerne l'établissement A), il explique être resté en contact seulement avec l'un d'eux.

Il dit qu'il était important pour elle de rendre compte de l'intérêt des projets du CCECQA. Nous le sentons tout à fait partisan du nouveau projet EMERAUDES.

Il nous consacra d'ailleurs plus d'1h30 pour l'entretien !!

Enquêteur : tout d'abord je vais vous demander de nous parler de votre parcours professionnel ? Est-ce que vous pouvez nous dire qui vous êtes ? Directrice de soins infirmiers ? Comment vous avez été amené à venir travailler au centre hospitalier A ?

Interviewé : alors moi j'ai été diplômé en tant qu'infirmier en 1981. J'ai travaillé dans un service de chirurgie à l'hôpital de la Réole, ensuite au niveau d'un service d'urgence et de salle de soins post-interventionnelle au niveau de la Réole. Très rapidement j'ai fait une école d'infirmier anesthésiste, c'est-à-dire de 1985 à 1987, l'école d'IADE à Bordeaux. Je suis revenue en tant qu'infirmière anesthésiste au centre hospitalier de la Réole où on avait un bloc pluridisciplinaire. Ensuite j'ai eu la chance d'avoir une formation parce que ça m'intéressait, j'ai fait un DU sur la douleur. J'ai participé et j'ai monté avec le médecin de l'époque, le docteur C., la consultation douleur du Sud Gironde, qui fonctionne très bien maintenant sur les 4 hôpitaux, Langon, la Réole, Bazas et Monségur. Mais au tout début je peux vous dire on n'avait pas de moyens, on a eu un mi-temps de secrétaire, moi qui était à la fois infirmière anesthésiste et dégagée un petit peu et on partait avec nos voitures

personnelles, la table de kiné dans la malle... voilà, mais il faut prouver qu'on a un besoin avant d'avoir le financement et ça c'est très bien passé. Et moi je suis très heureux après que cette consultation douleur ce soit étoffée, ait eu du personnel attiré et que ça fonctionne très très bien. Et après j'ai fait l'école des cadres en 1998-1999. En 2000, j'ai été nommé cadre du bloc opératoire dans le service de chirurgie au niveau du centre hospitalier de la Réole. Et après la Réole a connu des problématiques de restructuration et la maternité a fermé en 2001, par là, et fin 2001 l'hôpital A m'a contacté, ils recherchaient un cadre IADE. Alors comme les cadres IADE ce n'était pas trop courant, qu'ils savaient qu'il y en avait une qui existait à la Réole parce que le monde est petit, donc ils m'ont contacté en me disant qu'il y avait un poste disponible au niveau de l'anesthésie, de la SSPI et des soins intensifs à l'époque. Donc j'ai intégré l'hôpital A en mars 2002, où j'ai été surveillante de l'USC-SSPI et anesthésie. Je me suis beaucoup plus, comme dans toutes mes fonctions, vraiment j'ai trouvé une équipe très dynamique, une équipe médicale et un chef de service d'anesthésie très... qui avait fait déjà une formation qualité, un DU qualité... donc j'ai baigné un peu dans les outils les indicateurs très rapidement. Avec en anesthésie on a la chance d'avoir la SFAR qui nous donne énormément d'outils pour mettre en place des tableaux de bord d'anesthésies. Après j'ai eu un DU anesthésie et de chirurgie ambulatoire, quand on a monté l'ambulatoire ici. Donc là aussi mise en place des indicateurs, suivi des indicateurs en terme de qualité, en terme de quantité. Donc tout ça, ça a été des challenges très intéressants, donc depuis 2002 quand même il y a une culture qualité avec des outils pour le management du service très intéressants. Ensuite 2011 la directrice des soins a du partir, a été muté, donc ...ce n'est pas un poste de directeur des soins qu'il y a, c'est un poste de cadre supérieur... donc il y a eu un avis de vacance de poste, pour un poste de cadre supérieur. Il faut dire que les cadres supérieurs il n'y en a pas dans l'établissement. Donc j'avais un service qui était très intéressant, et j'étais vraiment très bien dans le service dans lequel j'étais cadre de proximité, vraiment très bien. Après, pour une question d'avancement et de carrière il faut dire que cadre supérieur m'intéressait, la fonction de directrice des soins m'intéressait beaucoup moins mais étant donné qu'il y avait une vacance, une mobilité interne, je me suis présentée en accord avec mon chef de service. Donc l'administration était d'accord, il n'y a pas eu d'autres candidatures, enfin bref voilà j'ai été acceptée et j'ai été nommé un an après par concours interne cadre supérieur, et je faisais fonction de directrice des soins. Voilà où on en est. Mais vraiment depuis 2002, et grâce au chef de service qui avait un DU qualité, j'étais rompu aux tableaux de bord, aux indicateurs et partager une culture qualité aussi au sein du service. Parce que l'on faisait énormément de réunions de service, on a mis en place les RMM très tôt dans le service d'anesthésie, les staffs EPP, les évaluations des pratiques professionnelles aussi dès 2006 on mettait en place une évaluation des pratiques professionnelles sur la douleur post opératoire. Donc vous voyez une dynamique, une dynamique de travail aussi, parce qu'on faisait travailler le personnel, c'est-à-dire qu'on leur faisait relever certaines données pour nous aider dans l'EPP. Après il y avait des présentations des différents temps de l'EPP en staff de service. Donc si vous voulez, tout ça, moi j'ai été privilégiée quand même parce qu'on a baigné dedans très, très tôt, et je pense que par rapport à l'établissement le service d'anesthésie-réa a été un service précurseur dans ce domaine là pour les autres services. Donc on a été les premiers à avoir un règlement intérieur et un protocole, qu'est-ce qu'une RMM ? Qu'est-ce qu'un staff EPP ? Et après quand c'est mis en place la cellule qualité gestion des risques et tout ça a été repris et mieux organisé avec des gens identifiés. Mais déjà en 2006 on était vraiment là dedans.

Enquêteur : donc une expérience de la culture qualité, si je peux dire, sur le terrain. Est-ce que vous pouvez nous dire si au cours de votre formation, on va prendre la formation de cadre, est-ce que vous avez le souvenir d'avoir suivi des modules d'un enseignement sur la sécurité ?

Interviewé : non. Moi je l'ai fait en 1999, nous on a eu énormément de modules sur le management, sur la pédagogie, sur l'étude de projets, sur la qualité en tant que telle non !

Enquêteur : donc on sent bien que votre formation tient au terrain, est-ce que vous avez d'autres sources de formation ? Que ce soit congrès, revues, internet... ?

Interviewé : alors moi je participe régulièrement au congrès d'anesthésie et notamment à Paris. Et si vous voulez le congrès de la SFAR [Société Française d'Anesthésie et Réanimation], systématiquement il y a toute une thématique qualité, donc ... alors à un moment donné ça m'avait fait un petit peu rire parce qu'ils nous parlaient des RMM comment il fallait faire et donc on avait déjà mis ça en place. Mais au niveau de la SFAR énormément de renseignements à ce niveau là. Et puis après j'ai fait une formation sur Paris aussi, management et qualité, avec les outils, les cartographies des risques, des choses comme ça. Et puis c'est tout.

Enquêteur : donc vous nous avez parlé de vos staffs en interne, est-ce que vous avez aussi des échanges hors établissement avec des professionnels, on revient sur le principe de Believe et du benchmarking, sur ces thématiques là, de la sécurité ?

Interviewé : non je n'ai pas de réunion. Par contre, j'ai des échanges informels, téléphonique avec mes collègues, et notamment de X. Les cadres supérieurs de X.

Enquêteur : d'accord donc vos homologues. Alors on parle de sécurité, est-ce que vous pouvez nous dire ce qu'est pour vous la sécurité dans un établissement de santé ?

Interviewé : pour moi, la sécurité dans un établissement de santé, elle est pour tout patient qui rentre dans un établissement de santé pour une problématique X que ce patient soit traité et qu'il ressorte sans iatrogénie. Déjà ça c'est la sécurité. Et je peux vous dire quand vous avez un établissement avec 800 employés, vous vous dites qu'est-ce qu'il va m'arriver aujourd'hui ? Moi je me le dis tous les jours !

Enquêteur : vous êtes toujours vigilante !

Interviewé : je suis très vigilant ! Je me dis tous les jours je peux avoir une problématique sur plusieurs thématiques, erreur médicamenteuse, identitovigilance. Moi, j'arrive du bloc là, moi tous les jours je me dis on risque de m'appeler « on c'est trompé de côté », même si on met toutes les barrières, si elles sont toutes en place avec les check-lists, avec une formation du personnel, avec tout ce que vous voulez, bracelet d'identité... je ne peux pas m'empêcher d'y penser. Je suis sur le qui vive !

Enquêteur : est-ce que ça vous paraît particulier justement de manager dans un établissement de santé ?

Interviewé : je pense que non ce n'est pas particulier. Je pense que tout manager, dans n'importe quel domaine, doit avoir les mêmes préoccupations. Alors on va vous dire ça touche à l'humain, à des vies, je pense que quelqu'un qui travaille en aéronautique ou dans une industrie automobile, s'il y a une mal façon au niveau d'une pièce, ça a des répercussions sur les gens, ça peut tuer. Pour moi c'est

pareil, c'est la même logique. Et je pense qu'il ne faut pas perdre de vue, il faut être sensibilisé au risque potentiel qui peut arriver.

Enquêteur : et ça c'est particulier cette vigilance permanente pour la sécurité, est-ce que c'est particulier à votre rôle de DSI ou...

Interviewé : je pense que c'est particulier au rôle de DSI, parce qu'on est responsable quand même de l'organisation de la sécurité et de la qualité des soins. Moi je me suis engagé au niveau de l'établissement personnellement. Je l'avais aussi en tant que cadre de proximité parce que je suis responsable quand même de l'organisation que je mets en place dans le service. J'ai toujours eu quand même ce sens des responsabilités par rapport à ma fonction.

Enquêteur : d'accord, en tant que manager finalement.

Interviewé : en tant que manager, toujours, même en tant que cadre de proximité. Et même en temps qu'infirmière, moi je suis infirmière dans une équipe, je suis responsable de l'équipe aide soignant, ASH [Agent de Service Hospitalier] qui est avec moi. Et ce que je dis là quand je fais des réunions au niveau des services, notamment au niveau des transmissions, moi les transmissions c'est un moyen très important. Et quand j'étais cadre de proximité j'adorais assister aux transmissions, je pouvais voir d'emblée si un personnel connaissait son travail et connaissait le patient, d'après ce qu'elle disait. Et chaque fois, je posais des questions pour les faire évoluer et c'était intéressant, c'était interactif, ce n'était pas en disant « vous n'avez pas dit ça... », je disais « ah bon et pour ce patient... par exemple l'origine » ou « on est à J- combien » par exemple des choses comme ça ! Quand on est infirmière les transmissions, je leur dis... et la sectorisation je fais très attention à ça parce que ça a du bien mais du pervers aussi. Sectoriser un service qui est sur deux ailes différentes je peux concevoir, au niveau des transmissions. Sectoriser, au niveau des transmissions, un service de 24 lits qui est sur un même lieu géographique, je trouve que c'est un mauvais travail, parce qu'on est là les uns sur les autres en termes de personnels. Que dans une unité de lieu un soignant ne va pas rester insensible à une sonnette qui sonne et qui ne va pas être dans son secteur c'est les autres et si elle n'a pas pris les transmissions qu'est-ce qu'elle va faire auprès de ce patient qu'elle ne connaît pas. Donc je suis en train, et ça c'est mon cheval de bataille là au niveau des entretiens annuels d'évaluation, je veux que quand il y a une sectorisation dans une même unité géographique tous le monde fasse les transmissions ensemble. Et alors les transmissions aussi, j'ai remarqué que maintenant, je ne sais pas ce qui se passe, le personnel part bêtement de la chambre 101 et revient à la chambre 120. Il a son circuit.

Enquêteur : oui dans tous les établissements.

Interviewé : je leur dis « pour moi ce n'est pas du travail ». J'arrive le matin pour prendre mon service, il y a quelqu'un qui est rentré la veille je le connais pas, on m'a dit alors aux transmissions qu'il y avait une problématique X ou Y pour telle ou telle chambre, je ne fais pas mon tour bêtement je vais voir ces patients là ! Pour régler le problème et pour connaître le patient, et après je fais mon tour. Parce que là, si on fait comme ça, et je leur ai dit, le patient qui va mal... vous prenez votre service à 7h moins le quart, vous partez faire vos préparations, vous ne voyez le patient si vous faites ça bêtement qu'à 9h-9h15. Donc de 6h jusqu'à 9h15 le patient n'a pas été vu. Ou il a peut-être été vu par une aide soignante ou une ASH qui est venu lui... Donc là il peut y avoir une complication qui augmente une dégradation du patient, et après on se retrouve « ah ben oui ». Ca c'est du terrain,

j'essaie de leur faire comprendre ça, j'essaie aussi de dire ça aux cadres et qu'elles fassent passer systématiquement le message, en termes d'organisation.

Enquêteur : donc pour vous une sécurité qui est très accès patient, sécurisation de la prise en charge.

Interviewé : pour moi oui, ça c'est la base de notre travail au quotidien. Après qu'on ait des protocoles, des personnes référents, qu'on sache le circuit, quand arrive un « never event » savoir le déclarer, comment. Tout ça aussi, c'est ensemble, mais ça passe à un autre niveau. C'est sur que je pense que dans le service la fiche d'évènement indésirable, même si c'est difficile qu'elle déclare tout, parce que justement...on a travaillé sur les cartographies des risques, alors en termes de cellule qualité ici... on avait identifié les risques à priori et les risques à postériori. Donc les risques à postériori c'était tout ce qui était les fiches d'évènements indésirables, RMM. Les risques à priori c'était nos cartographies des risques. On a eu la visite de l'HAS certification, alors que la commission des soins avait travaillé sur la cartographie des risques, avait impulsée si vous voulez parce qu'il faut des gens qui impulsent la méthodologie et tout. Donc il y avait M. [RAQ], la cellule qualité, on c'était arrêté sur un type de méthodologie de cartographie des risques. Donc M. [RAQ], M. [médecin hygiéniste] ont bien expliqué en commission des soins aux cadres référents comment utiliser l'outil et comment le développer et tout. Donc il y a eu des groupes de travail et des cartographies des risques qui ont été fait au bloc opératoire, gynéco-maternité, chirurgie, médecine. Et donc on nous a dit que les cartographies des risques qu'on avait fait elles étaient bien mais ce n'était que des risques à priori, il fallait identifier tous les risques dans une cartographie des risques et faire un plan d'action qualité global. Donc voilà, alors les fiches d'évènements indésirables il y a des déclarations, elle trouvait et notamment dans le médicament qu'il n'y avait pas assez de déclarations. Donc là on a mis quelque chose en place avec la pharmacie, bien spécifique pour ces déclarations là, et on a mis en place depuis peu de temps au niveau du bloc opératoire et après décliné dans les services un cahier.

Enquêteur : oui on en a entendu parler.

Interviewé : parce que bon, les personnels bon, on est en plein déploiement DPI au niveau informatique, on a pas beaucoup d'ordinateurs et ils sont pris par beaucoup de gens. Donc pour se dire il y a des fiches d'évènements indésirables mais aussi il faut qu'on déclare un peu plus, donc on a mis des cahiers en place avec le nom du déclarant, la date, le lieu, l'évènement et s'il y a eu une fiche d'évènement indésirable de faite ou pas. Et après tous les mois il y a une corrélation entre les fiches d'évènements indésirables qui ont été vraiment réalisées et ce cahier. Alors c'était à double tranchant parce qu'on c'est dit il ne va plus y avoir de fiches d'évènements indésirables et les gens vont repartir culture cahier, alors que ce n'est pas ça ! Donc c'est une solution transitoire avant que tous les services soient complètement informatisés et qu'il y ait un peu plus d'ordinateur dans les services et l'accès à l'informatique un peu plus facilement.

Enquêteur : est-ce que vous êtes à l'initiative de ces cahiers ? Enfin, quel a été votre rôle par rapport à cette mise en place ?

Interviewé : alors l'initiative de ce cahier, il y a eu beaucoup de discussions, c'est après la visite des experts visiteurs. Moi je peux vous dire qu'on a été un peu déçu qu'ils nous disent des choses comme ça parce que cartographie des risques je vous assure on a énormément travaillé et qu'on nous dise

« oui mais cartographie des risques, ce n'est pas une cartographie des risques comme il fallait ». Donc on c'est dit « mais mince quoi », et donc avec Mme [chef de service]...

Enquêteur : oui on l'a rencontré.

Interviewé : parce qu'au niveau du bloc opératoire justement on voulait partir sur l'identification de tous ces risques et relever tous les risques avant de faire les cartographies. Et après au niveau de l'institution notre décision a été prise de faire ces cartographies des risques en suivant une certaine méthodologie en ciblant les risques à priori domaine par domaine. Donc si vous voulez on a pris institutionnellement ce qui avait été décidé en cellule qualité, avec des gens quand même qui ont une culture qualité, qui s'intéressent dans le domaine, qui sont formés et tout. Donc on a pris ces cartographies des risques et on c'est tenu à cet outil, méthodologie arrêtée par la cellule qualité. Donc Mme [chef de service] a été un peu déçue si vous voulez parce qu'elle était effectivement partie sur un relevé de tous les événements potentiels, donc ce qui était demandé, et nous institutionnellement on est parti sur autre chose. Sur les risques à priori et à postériori. Donc d'emblé Mme [chef de service] a dit on remet un cahier où l'on marque tous les événements, voilà ça c'est fait comme ça.

Enquêteur : d'accord...

Interviewé : donc, ça été très difficile de faire accepter ça en cellule qualité, parce qu'on c'est dit à ben non ils ne vont plus faire les fiches d'événements indésirables. Oui mais qu'est-ce qui est bon actuellement, c'est de relever tous les événements indésirables par n'importe quel moyen. On sait qu'il y a peu de postes informatiques, on sait que tous les agents même s'ils ont des formations sur Blue Medi et compagnie... il faut encore développer cette culture là. Donc c'est mettre ce cahier de façon transitoire.

Enquêteur : donc ce cahier c'est une politique plutôt locale, de service ?

Interviewé : oui voilà.

Enquêteur : d'accord. Je vais revenir sur la sécurité...

Interviewé : et la sécurité aussi c'est pour le patient mais c'est pour les personnels. Voilà il ne faut pas oublier ! C'est comment travailler le mieux possible sans se faire mal et dans les meilleures conditions. Ce faire du mal à la tête et physiquement, moralement et physiquement.

Enquêteur : donc on pourrait dire maîtriser les risques professionnels ?

Interviewé : aussi, mais on a fait des cartographies des risques professionnels aussi.

Enquêteur : d'accord, avec le document unique ?

Interviewé : voilà, avant la cartographie des risques patients. Qui est normalement, les cadres doivent le réajuster fin d'année 2014, c'est leur objectif. Il faut qu'elles le réactualisent. Parce qu'on l'avait déjà fait, M. [RAQ] l'année dernière voulait qu'on le réactualise, j'ai dit non la certification arrive et c'est la cartographie des risques patients donc moi je ne demande pas à réactualiser ce document ça fait trop. Donc il faut que ce soit fait pour la fin de l'année.

Enquêteur : concernant les risques, est-ce que vous pouvez me dire selon vous, en tant que DSI, quels sont les risques que vous jugez les plus importants à maîtriser ? Les plus graves ? Les moins acceptables ? Est-ce que vous pouvez prioriser ?

Interviewé : les risques circuit du médicament, très sensibles. Identitovigilance, très sensible...

Enquêteur : Qu'est-ce que vous entendez par très sensible ?

Interviewé : très sensible parce que se tromper de patient, se tromper de médicament, se tromper d'abord veineux... le médicament moi je vais vous dire, ça fait depuis 81 que je suis dans les hôpitaux, j'ai travaillé en tant qu'infirmière, quand j'ai commencé à travailler je trouvais que vraiment dans les médicaments c'était très bien identifié. Mais ça je l'ai fait remonter moi déjà. On veut tout harmoniser, tout est écrit de la même façon, sur les ampoules et tout... alors on nous dit oui parce qu'il faut que le soignant lise. C'est vrai je suis d'accord à 100%, c'est le premier de nos métiers, mais il faut nous aider parce que l'erreur humaine, moi je ne peux pas garantir à 100% qu'il n'y ait pas une erreur humaine. Donc il faut je pense en amont faciliter quelque peu quand même ce travail là. Donc on harmonise tout, toutes les ampoules ... alors on peut me dire tout médicament est potentiellement dangereux, effectivement il y en a qui sont plus dangereux que d'autres je regrette. Donc identifier quand même par une autre couleur ou quelque chose les médicaments que l'on connaît comme dangereux et on sait que s'il y a une injection c'est mortel, moi là quand même je me dis il ne faut pas être sorti de polytechnique pour... et ça on ne nous écoute pas ! On n'écoute pas la base à ce niveau là ! Pourquoi ? Parce que nous avons effectivement des contrôles obligatoire que nous devons faire et je suis d'accord mais mince quoi ! Moi je suis très en colère par rapport à ça. Les médicaments aussi... les armoires à pharmacie on range par ordre alphabétique, les médicaments potentiellement dangereux on ne les met pas dans un endroit spécifique. Quand j'ai commencé à travailler, on avait certains médicaments identifiés dans une partie de la pharmacie et par ordre alphabétique. Maintenant tout est mélangé par ordre alphabétique. On n'aide pas le soignant sur le terrain à ne pas faire d'erreur.

Enquêteur : est-ce que vous trouvez que ça a régressé finalement ?

Interviewé : oui je trouve qu'avant on était plus sur, c'est ça qui me fait bondir.

Enquêteur : donc le médicament, l'identitovigilance ...

Interviewé : alors l'identitovigilance aussi, faire le bon soin à la bonne personne pour moi c'est primordial. Je vais vous dire, et ça c'est passé, et heureusement que les gens suivent quand même les procédures. Quelqu'un qui arrive par les urgences, qui monte après dans un service, mais qui ne monte pas dans le bon service. Donc l'infirmier qui le prend en charge, c'était la nuit, qui le prend en charge la nuit demande « vous êtes bien M. ? », il fait décliner l'identité, « ah non non je suis M. ». Voilà quoi a arrive ! Alors après il a tout ce qui est produit sanguin, alors bloc opératoire n'en parlons pas ! Le bon patient qui arrive dans la bonne salle, le bon côté, donc là il y a les check-lists. Alors la mise en place des check-lists aussi au début... on reçoit pas mal de documents à mettre en place sans information et méthodologie pour le mettre en place, effectivement après on voit qu'arrive des films, « comment mettre en place ou utiliser telle check-list ». Mais quand on vous la donne comme ça dans l'établissement, on vous dit alors ça il faut le faire quand le patient arrive, ça il faut le faire quand il rentre en salle avant d'être endormi, ça c'est juste avant la fin. On vous dit ça et puis alors

vous êtes là, vous regardez les questions qu'on pose avec le chirurgien, avec l'anesthésiste, avec l'IBODE, voilà quoi ! Il y a très peu d'informations sur la bonne utilisation de ces feuilles là qu'on met en place à mon avis. Après, effectivement, quand vous voyez le film c'est bien, mais le film il n'arrive pas tout de suite. C'est malheureux, parce qu'en plus ça donne une difficulté à l'appropriation de cette feuille parce que les gens trouvent que c'est difficile, la font très mal, ne veulent pas la faire. Et c'est d'autant plus difficile quand on est manager d'imposer ces choses là quand vous n'avez pas la bonne méthodologie pour faire appliquer les outils.

Enquêteur : ou des mauvaises habitudes qui peuvent être prises aussi !

Interviewé : donc là on a eu film, on a eu conseil de bloc, donc ça c'est rentré dans les mœurs. Mais bon ça a été très difficile, les premières check-lists qui sont arrivées au niveau de tout ce qui était bloc péri-nerveux à la limite on ne pouvait pas l'utiliser parce que bloc péri-nerveux mais on le fait en salle de soin post-interventionnelle, il y a très peu de bloc qui ont des salles de pré-anesthésie par soucis de rentabilité alors qu'avant les salles de pré-anesthésie existaient. Donc ces locaux régionales sont faites souvent en SSPI et ce n'est pas le personnel de SSPI qui doit faire passer le truc. Donc ça c'est bien arrangé donc ça rentre, mais c'est surtout les chirurgiens aussi qui ne s'appropriaient pas cet outil.

Enquêteur : vous voyez clairement des différences dans l'appropriation des dispositifs selon les fonctions ?

Interviewé : non ce n'est pas suivant les fonction, c'est suivant la personnalité à mon avis.

Enquêteur : d'accord.

Interviewé : il y a des gens qui sauront très bien ce qu'il faut faire, comment il faut le faire, quand il faut le faire. Il suffit de leur dire ça existe, voilà ce qu'il faut faire et tout et il n'y a aucune problématique c'est fait. Et d'autres plus récalcitrants.

Enquêteur : on reviendra dessus parce que c'est un point important. Est-ce que vous pouvez me dire comment vous caractériseriez le niveau de sécurité de votre établissement ? Est-ce que vous le jugez plutôt bon, plutôt moyen, excellent... ?

Interviewé : excellent non parce que moi je suis un peu atterrée quand on met des organisations en place, validées, vous ne savez pas pourquoi à un moment donné l'organisation n'est plus tenue. Moi ça m'inquiète un peu ça ! Alors j'identifie plusieurs facteurs, le premier facteur on a des services ici, notamment un où il y a un turn-over infirmier peu important et ce sont des infirmières qui sont là depuis pas mal de temps avec une équipe d'aides soignantes pareil et ASH aussi, qui ont très peu bougé avec des médecins qui n'avaient pas une culture qualité du tout et un cadre non plus. Et il y a trois ans de ça, ça a commencé à bouger en termes de médecins. Dans ce service il ne reste qu'un médecin de l'ancienne génération, et le cadre est parti. On a connu, ça fait trois ans, un faisant fonction qui est arrivé et qui a commencé quand même à changer d'organisation et là ça fait deux ans que j'ai un cadre de santé mais qui est en peine de mettre en place des organisations dans le service qui puisse sécuriser les soins. Donc pas de culture RMM du tout, pas de culture de staff. Donc il faut qu'il arrive une problématique pour que l'on s'aperçoive et encore. Moi je veux dire que la certification nous a énormément aidé et on est passé dans les services quand même pour parler de la sécurisation du circuit médicament, pour parler de l'identitovigilance, des choses comme ça. Et on

s'aperçoit que voilà quoi... donc au niveau du cadre de proximité c'est être sur le terrain. Moi je lui ai demandé d'être là de bonne heure le matin pour voir comment se font les transmissions, comment commence le tour, comment se font les distributions et le rôle de chacun. J'ai aussi... parce qu'on part de loin dans un certain service là... quand j'ai pris mon poste vous vous rendez compte c'était l'infirmière qui préparait la paillasse au niveau des injectables perfusions pour celle qui arrivait, c'est hors entendement. Les transmissions elles duraient deux heures, on se demandait ce qu'ils faisaient dans ce service ! Et si vous voulez c'est une culture et une organisation qui a été longue à changer, et qui est en train de changer maintenant par obligation. On arrête les discours, on arrête de présenter des protocoles, on arrête de faire des réunions sur des organisations, maintenant c'est une obligation.

Enquêteur : obligation institutionnelle... ?

Interviewé : obligation de la direction des soins.

Enquêteur : c'est-à-dire que vous avez dit stop, on modifie ?

Interviewé : voilà. Alors maintenant les groupes de travail, les organisations, les on n'est pas assez, je ne veux plus l'entendre, il y a des protocoles on les applique. Il ne faut pas que ça perdure. Il faut à un moment donné avoir de l'autorité quand ça ne rentre pas. Quand le personnel a participé, quand il y a eu des groupes de travail, des réunions, des protocoles institutionnels qui ont été validé par d'autres services et que vous voyez que dans les autres services ça va, ça peut être fait !

Enquêteur : donc là très clairement vous êtes en train de dire que l'un de vos rôle c'est de faire appliquer les règles ?

Interviewé : oui absolument. Moi je vais vous dire, il y a eu une réunion récemment parce qu'on va avoir une visite externe sur les EHPAD [Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes], on faisait le plan d'action. Lors de cette réunion j'apprends qu'à l'EHPAD de [Y] qui est un EHPAD qui fonctionne avec un médecin coordonnateur et des médecins traitants, les médecins traitants dictent le traitement à côté de l'infirmière et c'est l'infirmière qui le marque sur l'ordinateur et ils ne le signent même pas. Alors moi je dis non, je ne valide pas cette organisation. Alors il y avait le médecin coordonnateur qui disait « oui mais vous savez autrement... » j'ai dit non je regrette, je ne valide pas cette organisation sur le circuit du médicament. Alors bon, que l'infirmière tape bon... mais qu'il signe le document autrement si ce n'est pas signé ça ne sera pas fait.

Enquêteur : c'est la loi, enfin la règle !

Interviewé : c'est la loi ! J'ai dit c'est fini, vous avez une réglementation, on suit cette réglementation. Après moi j'en ai marre de ramer à droite et à gauche pour essayer de justifier, de dire tous les documents qui sont fait, c'est bon on arrête. Donc après il y a eu une des pharmaciennes qui était à cette réunion qui a dit complètement d'accord et Mme [DRH] qui a dit la même chose. D'emblé dès le lendemain, il y a eu des rencontres entre la pharmacienne, le médecin et le cadre de l'EHPAD. Là aussi c'est un cadre qui a fait l'école des cadres quoi ! Qui est arrivé depuis un an... et on valide des choses comme ça ! Alors moi je peux vous dire qu'en termes de temps je ne peux pas passer dans tous les services pour voir systématiquement les organisations, honnêtement je ne peux pas. Surtout que là je m'occupe un peu de l'USC [Unité de Soins Continus] encore parce que le faisant fonction de cadre IADE pour pouvoir en avoir un je n'en trouve pas ! Parce que les IADE ils préfèrent être IADE

que cadre, parce que ils gagnent moins tout en travaillant plus. Donc là j'ai une personne qui a accepté, qui vient d'un autre établissement, à condition de faire deux gardes par mois en tant que IADE. Ce qui me fait 40 heures par mois, 40 heures où il n'est pas dans le service, sans compter les congés et tout. Donc je me dois d'aller suivre ce qui se passe en USC aussi. Honnêtement je n'ai pas le temps de me déplacer parce que j'ai [Ab] aussi, les EHPAD, je n'ai pas le temps de passer dans tous les services pour revoir toutes les organisations de A à Z sur tous les risques potentiels. Et je pense que ça c'est un travail qu'il faut que je fasse, c'est voir avec les cadres et avec le personnel les organisations mises en place qui sont hors réglementation et même dans la réglementation mais mal comprises, mal... et donc qui peuvent entraîner un risque potentiel. Ça c'est mon prochain travail.

Enquêteur : c'est la mission que vous vous donnez ?

Interviewé : ah oui, c'est voir au plus près du terrain. Parce que moi j'en découvre tous les jours. Alors le cadre normalement devrait être un relai, alors parfois oui et parfois on découvre !

Enquêteur : donc le niveau de sécurité vous le basez sur cette expérience du terrain ou il y a d'autres éléments qui vous aident à évaluer ce niveau ?

Interviewé : après dans le niveau de sécurité il y a toutes les problématiques qu'on peut avoir au niveau des erreurs, il y a toutes les plaintes des patients aussi. Et ça c'est très bien suivi, tous les courriers sont donnés aux directions concernées, les gens sont vus. Mais bon c'est non seulement en termes de sécurité mais aussi de savoir être. Donc tout est vraiment analysé et les gens s'ils le désirent sont vu par la direction, [le directeur], et par les directions responsables avec soit le cadre...voilà. Donc ça aussi ça fait avancer et le directeur je pense que ça l'aide beaucoup d'avoir ces lettres de personnes pour avoir une vision globale de ce qui se passe dans l'établissement. Et le fait de les recevoir ça lui donne quand même un bon aperçu de ce qui est fait dans l'établissement, c'est un très bon outil de manager.

Enquêteur : est-ce que vous sentez son soutien en matière de sécurité ?

Interviewé : alors en matière de sécurité on est dans un établissement je pense qui fait tout pour que les choses soient faites en toute sécurité. Le fait de voir... il est très proche du terrain, ce matin il était avec moi au bloc opératoire pour voir comment il fonctionnait. Parce qu'au bloc opératoire, au niveau de l'organisation on est un bloc opératoire pluridisciplinaire, avec une intégration des urgences dans la programmation, donc c'est assez dur. Avec pas assez de salles par rapport à l'activité que l'on a, parce que là aussi, le risque augmente avec l'activité aussi. Plus on a d'activité, plus on est potentiellement dangereux. Donc on a une activité énorme qui a augmenté, avec une dimension du bloc opératoire qui commence à être un peu légère, parce qu'on a intégré une autre clinique dans le plateau technique. Donc si vous voulez en termes d'organisation c'est très difficile. Donc il est venu voir sur le terrain comment ça se passait.

Enquêteur : chose qu'il fait facilement, habituellement ?

Interviewé : oui oui, il le fait facilement. De toute façon c'est un directeur qui prend encore des astreintes.

Enquêteur : d'accord !

Interviewé : administratives, d'ailleurs c'est lui qui est d'astreinte cette semaine. Donc si vous voulez quand il est d'astreintes administratives il voit quand même pourquoi l'administrateur de garde est appelé et les problèmes récurrents qu'il peut y avoir. Non je pense qu'il est... alors après il y a le nerf et la guerre qui est le problème financier, parce que je pense qu'on a pas mal augmenté en termes de personnel mais c'est lié à l'activité. Et donc dans certaines fonctions publiques il faut toujours prouver qu'on est en capacité de faire ça avant d'avoir le personnel. Donc moi j'ai l'impression d'être toujours en retard par rapport aux organisations que je dois mettre en place. Donc ça c'est une insatisfaction pour ma part, parce que je sais ce qu'il faut faire mais je dois prouver qu'effectivement je peux avoir tant de recette et que je peux... Et ça j'ai l'impression de toujours courir après les organisations.

Enquêteur : donc un ...

Interviewé : par rapport au problème financier pour être en équilibre.

Enquêteur : ce serait des ressources humaines que vous jugez insuffisantes pour garantir une sécurité ?

Interviewé : non, organisationnelle oui parce que comme je vous disais tout à l'heure, l'histoire de faire bêtement le tour du point A au point B, moi ça me heurte, l'histoire de faire dans une même unité de lieu sous la sacro sainte sectorisation des transmissions complètement séparées ça me heurte. Donc déjà ça ça rend la vie et les organisations plus faciles et une intelligence de travail plus agréable. Moi je suis pour les protocoles mais attention de ne pas non plus faire les choses bêtement. Attention de ne pas abrutir les gens, de ne pas leur enlever cette observation, ce sens clinique, cette réflexion que je trouve qu'on enlève au gens. Alors on dit que les gens sont de plus en plus assistés mais on les met dans des situations comme ça.

Enquêteur : donc vous êtes pour l'établissement de règles mais dans une certaine mesure.

Interviewé : oui, alors moi je trouve qu'il faut des règles pour fonctionner. Après qu'il y ait un cadre ça c'est normal, attention pour les appliquer et comment les appliquer. Attention aux organisations en interne, il faut commencer par là.

Enquêteur : et ça c'est votre rôle en tant que DSI que de faire appliquer mais d'une certaine manière ?

Interviewé : oui.

Enquêteur : très concrètement comment vous faites ? Vous allez dans le service ? Vous expliquez les choses, pendant les transmissions par exemple ?

Interviewé : oui, alors moi je suis très présente dans les services, donc ce matin vous voyez j'étais au bloc. Tous les jours pratiquement je passe dans les couloirs, surtout sur ce site, je suis moins présente sur l'autre, ça je le reconnais. Mais j'ai les cadres en direct au téléphone pratiquement tous les jours. Par contre sur ce site j'y suis, de l'imagerie, aux urgences, aux services, ça j'ai quand même une proximité. Alors j'anime la commission des soins infirmiers où là aussi il y a toujours au début un petit préambule pour parler des organisations nouvelles, des choses comme ça. Et après on parle des groupes de travail, par groupes, et de l'avancée des groupes et des choses comme ça. Mais il y a

toujours en préambule un peu des infos sur les nouveautés parce que je touche des AS, des ASH, des infirmiers de tous les services donc c'est quand même un vivier et un des outils de communication très important.

Enquêteur : parce que cette commission des soins elle est composée de quels professionnels ?

Interviewé : aide soignant, ASH, infirmiers, cadre, un médecin représentant de la CME qui est actif et qui vient c'est un pharmacien. Donc tout ce qui est sécurité du médicament, là on a fait travailler la commission des soins sur des audits sur le circuit du médicament et tout, c'était intéressant. Donc en binôme on a expliqué les audits comment on allait les faire, et ils ont été réalisés là aux mois de janvier-février 2014 et on va en faire tous les ans. Donc voilà qui appartient à la commission des soins.

Enquêteur : et ce sont des personnels référents des services ?

Interviewé : non. La commission des soins infirmiers tous les quatre ans il y a un vote, c'est des gens qui sont volontaires qui s'inscrivent et après il y a un vote collège par collège. Il me faut par exemple cinq cadres, dix infirmiers... il y a des représentants aussi de l'IFSI, puisqu'on en a un et représentants des étudiants infirmiers, représentants école d'aide soignant. Donc il y a cette commission et après il y a la réunion des cadres, à peu près une par mois, à par pendant les vacances. Alors là il y a toutes les informations qui passent, il y a le directeur qui vient de temps en temps, il y a aussi en fin de réunion de cadre un petit tour de service en disant les infos nouvelles dans les services, ce qui se passe. Donc je pense que les réunions de cadres sont vraiment très fréquentées, j'ai une bonne participation. J'ai un très bon collège cadre, j'ai un bon mélange entre des faisant fonction et des cadres, j'ai une bonne communication entre eux, ils s'aident énormément. Ça communique bien aussi avec moi, ma porte est ouverte, ils savent m'avoir au téléphone sans problème. Je pense que je suis assez présente, moi j'aime bien travailler, je suis tranquille jusqu'à 9 heure parce qu'après c'est... donc je pense qu'il y a une bonne communication.

Enquêteur : est-ce qu'on pourrait d'une culture de cadre dans l'établissement ? Vraiment d'un noyau cadre avec des...

Interviewé : oui, il y a une bonne équipe, un sentiment d'équipe des cadres et je vous dis avec un doux mélange de cadres diplômés et de faisant fonction. Il n'y a pas de distinction entre eux, moi j'ai fait l'école des cadres et pas toi. Les gens qui ont fait l'école des cadres qui ont des outils de management, des tableaux d'indicateurs partagent volontiers avec les autres. Les autres n'ont pas peur d'aller demander « comment tu fais dans cette problématique là ? », il y a une très bonne communication.

Enquêteur : est-ce qu'on peut parler aussi d'équipe au niveau de la direction ?

Interviewé : oui, très bonne équipe. Au niveau des directrices adjointes très bonne équipe. Moi je sais que je travaille plus avec Mme [DRH], je peux vous dire on monte les dossiers ensemble, il n'y a aucun problème. Après avec Mme. [dir. Adj. Personnes âgées] alors là on travaille ensemble. Et avec [dir. adj. des affaires économiques] sur le dossier etc. d'ailleurs regardez, pour le déploiement du DPI, comment bien le déployer assez rapidement parce qu'il ne faut pas que ça traîne pour que les gens puissent quand même se l'approprier. Donc on a fait le choix de mettre un faisant fonction de cadre comme référent dans le déploiement, mais il me fallait quelqu'un qui soit légitime auprès des

infirmiers, des cadres et surtout des médecins. Et ben moi je savais que j'avais la bonne personne donc j'ai demandé à cette personne qui était faisant fonction de cadre en médecine justement. C'est quelqu'un qui a été aide soignante dans l'établissement qui a fait l'école d'infirmière puis après elle a fait l'équipe volante après elle c'est fixée pas dans n'importe quel service, quand je suis arrivée, en USC SSPI chirurgie ambulatoire, donc voilà culture qualité et après elle a voulu évoluer et quand il y a eu des postes de faisant fonction de cadre elle a postulé et était retenue. Et elle faisait son travail de faisant fonction très bien, parce qu'en termes... impliquée au CLUD [Comité de LUTte contre la Douleur], vous l'avez vu. Qui est légitime en termes de travail parce qu'elle sait tout faire.

Enquêteur : oui elle est connue.

Interviewé : qui travaille bien, qui dit les choses, parce qu'il faut savoir dire les choses. Qui au niveau des médecins était légitime aussi, parce qu'en elle dit quelque chose voilà... et donc je lui ai demandé en lui disant qu'il y avait un projet, qu'on cherchait quelqu'un est-ce qu'elle était intéressée ? Elle allait partir à la retraite bientôt, je lui ai dit « par contre vous ne partirez pas à la retraite tant que ce n'est pas fini, c'est le challenge ». Donc elle était intéressée, on a mis un avis de vacances de poste pour savoir si des gens étaient intéressés. Donc il y en a eu un peu, mais qui n'avaient pas son expertise. On a fait les entretiens avec Mme [dir. adj. des affaires économiques] et donc elle a pris le truc et elle s'en sort hyper bien. Avec un calendrier très rigoureux, c'est déjà déployé la prescription/dispensation/traçabilité/administration, c'est déployé en USC quand même ce n'est pas facile, en UGA [Unité de Gériatrie Aigue, cardiologie c'est fait, il y a un calendrier septembre la médecine interne, octobre-novembre SSR [Soins de Suite et Réadaptation] et unité Alzheimer, janvier-février maternité pédiatrie et mars chirurgie et bloc opératoire. Et après EHPAD. Donc il y a ça aussi, moi je vais vous dire, on peut avoir... les études pour moi c'est une aide vraiment, mais après la qualité humaine pour moi c'est primordial. Par contre il faut avoir l'intelligence quand on fait des études de savoir se servir de ce qui peut être intéressant pour soi.

Enquêteur : donc c'est une ressource pour vous.

Interviewé : ah oui très clairement. Alors après moi j'ai les cadres qui sont une ressource, moi j'ai vu une réactivité lors de l'HAS par ce que tous les matins on avait quand même des petits trucs à mettre en place des choses comme ça. Mail, téléphone ok c'était en application très vite, il y a une réactivité très importante.

Enquêteur : je voudrais revenir sur vos actions. Tout à l'heure vous parliez de votre rôle dans l'application des règles, de régulation éventuellement et notamment de personnalité éventuellement récalcitrante par rapport à cette application. Comment vous en tant que DSI vous pouvez agir sur ces personnalités ? Est-ce que vous pensez que c'est votre rôle ?

Interviewé : alors moi je vais vous dire, je n'agis jamais en premier. Je laisse toujours le cadre de proximité régler une problématique, que ce soit organisationnelle ou autre, c'est son rôle. D'abord il y a l'équipe, parce que l'équipe s'autogère entre elle.

Enquêteur : donc le service ?

Interviewé : le service. Le cadre qui gère la problématique reçoit la personne récalcitrante, si elle feint de non recevoir après moi je reçois la personne. Et systématiquement je reçois les personnes qui font état d'une problématique X ou Y. Deuxièmement, chaque fois que je dois recevoir avec le

directeur une famille qui se plaint de tel fonctionne et qui touche le paramédical j'en informe d'emblé le cadre, qui là aussi parle à l'agent où à l'organisation. S'il n'y a pas une amélioration à ce moment là j'arrive en deuxième. Mais je laisse toujours le cadre gérer une problématique, si c'est une grosse problématique le cadre m'appelle tout de suite et je règle avec elle.

Enquêteur : donc vous êtes en soutien du cadre ?

Interviewé : ah oui complètement. Mais j'aime bien quand même pour certaines problématiques que ce soit le cadre quand même qui gère. Je ne veux pas, si vous voulez, démystifier son rôle. Elle a un rôle à assumer, c'est elle qui doit avoir ce rôle là. Si elle m'appelle pour toutes les problématiques elle ne va plus être vraiment reconnue dans le service. Et après ça sera ingérable pour elle. Alors moi que je lui donne des conseils si je vois qu'elle n'arrive pas... par exemple j'ai un cadre qui a fait l'école des cadres, qui est en manque d'autorité, je lui dis « écoutais ce qu'on vous demande, et l'équipe ce qu'elle vous demande à un certain moment c'est de vous positionner ». Parce que l'équipe a beau dire se qu'elle veut à un moment donné elle a besoin d'un positionnement et qu'elle tranche. Par contre au début quand je suis arrivée c'était trop rigolo, ici, je ne sais pas si c'est pareil à Bordeaux, mais en Lot-et-Garonne les entreprises ferment toutes au mois d'aout, et comme les gens ils sont mariés avec des gens qui travaillent dans ces entreprises, donc ils veulent les vacances au mois d'aout. Alors en unité de surveillance continue quand j'étais cadre je sentais que ça n'allait pas. Jusqu'au jour où il y avait une mésentente complète, alors j'ai dit « mésentente complète alors je vais imposer un roulement, chacun 15 jours, début juillet, fin juillet... comme ça vous saurez même cinq après la période que vous allez avoir » il n'y aura aucun problème, j'ai dit « vous n'arrivez pas à vous entendre ! Votre intérêt c'est que vous aillez une entente entre vous parce que si j'y mets le nez ce sera une obligation ». Donc ça c'est calmé, ils se sont quand même entendus et ils s'arrangeaient toujours, jusqu'au jour où ça n'a plus marché. Donc j'avais averti une fois, j'ai dit « maintenant j'ai averti une fois, alors j'oblige », donc on a obligé les congés par exemple. Moi j'averti toujours une fois, ça ne se passe pas j'impose des règles de fonctionnement, ils ont été très content, ils m'ont dit « c'est ce qu'il fallait faire », je leur ai dit « je vous ai laissez votre chance ». L'équipe a changé un peu, au bout de trois ans on est venu me dire « Mme [DSI] on ne pourrait pas s'organiser pour les vacances plutôt », j'ai dit « pourquoi, ça ne marche pas ! », « on vous promet on s'en occupe des vacances et ça va marcher ». Alors j'ai dit « écouté effectivement vous vous en occupez, vous pouvez avoir évolué, je ne suis pas réfractaire, vous vous débrouillez mais je ne veux pas en entendre parler ». Et ils se débrouillent tout seul pour les vacances, c'est revenu. Mais ils savent que s'il y a la moindre problématique il y aura cette organisation de mise en place.

Enquêteur : donc pareil pour la sécurité ?

Interviewé : pareil pour la sécurité.

Enquêteur : donc on sent bien ce rôle que vous avez de régulation, d'imposition éventuellement, est-ce que vous participez ou vous mettez en place des audits, des évaluations des pratiques ? Tout à l'heure vous nous parliez de votre rôle sur les entretiens d'évaluation des pratiques, comment vous vous situez au niveau de ces évaluations des pratiques professionnelles ?

Interviewé : alors, chaque cadre quand je les vois en entretien, on fait le bilan de l'année passée, les objectifs atteints ou pas atteints. Et chaque cadre a une feuille avec les objectifs, ils sont expliqués, je vais vous montrer parce que j'ai commencé, je vais vous en sortir une vous voyez je les ai tous là !

Voilà, le 11 juillet j'ai fait la cadre qui est en SSR, donc il y a des objectifs communs à la structure qui sont à peu près toujours les mêmes, les fiches de postes ; les coordonnées téléphoniques et adresses de façon à les avoir à jour s'il y a une problématique ; le système d'information encore papier pour les protocoles de services c'est bien qu'il y ait Blue Medi ; la maîtrise des coups ; les référents et démarche qualité, ce que j'appelle démarche qualité ; accompagnement de l'unité dans l'utilisation de Blue Medi ; fiche de signalement d'évènements indésirables, gestion documentaire, protocoles, alertes ; identifier les situations à risques, rappeler les règles de bonne pratique ; fixer les règles de vérification de base ; accroître à la réactivité du service en cas de... appliquer les recommandations circuit du médicament, identitovigilance ; développer la culture RMM, staff, EPP, analyse des fiches de signalement indésirable ; contrôler le cadre, alors elles ont eu des formations qualité par M. [RAQ], le cadre réglementaire de l'exercice de chaque grade professionnel ; prévenir le glissement de tâche ; analyser les indicateurs, donc les relevés de scores de points IMC douleur, ça se sont des objectifs que je laisse toujours ; l'analyse et le suivi des chutes, notamment en SSR ; le suivi de la dénutrition aussi, après c'est spécifique pour d'autres. Mais cette première partie c'est général, contrôler le respect des procédures au sein de l'unité, améliorer la qualité de la prise en charge dans le parcours patient relation ville/hôpital, ça aussi c'est un objectif que je leur ai mis. C'est-à-dire pour créer du lien dans la continuité des soins ville/hôpital. Moi je souhaite que l'on avertisse le médecin traitant, parce que parfois le délai du courrier est un peu long, bien qu'il se soit amélioré, mais que le cadre avertisse au moins le médecin quand il y a une sortie avec une prise en charge difficile ou quand il y a une sortie qui n'est pas un retour à domicile mais un placement en institution, ou en HAD. Donc dire au médecin traitant, de discuter avec lui pour voir, il ne peut pas rentrer mais l'avertir. Evidemment quand il y a un décès systématiquement on les avertit. Je demande aux cadres de faire ça.

Enquêteur : donc vous les évaluez sur la base de ces objectifs ?

Interviewé : voilà. Alors elle a aussi ses objectifs spécifiques. Donc cartographie des risques parce qu'en SSR ce n'est pas fait, circuit du médicament, identification notamment lors de l'accueil des nouveaux arrivants, parce qu'il y a l'accueil des nouveaux arrivants qui se fait dans la structure où il y a des passages obligatoires, c'est-à-dire que chaque infirmière est vue par la pharmacienne de l'établissement avec un petit entretien et il y a le circuit du médicament, les protocoles sur les médicaments mis en place dans l'établissement. Voilà une redite parce que normalement elles l'ont eu au niveau de l'école. Participation au comité d'éthique et au CLUD puisqu'elle participe. Et alors les nouveaux arrivants c'est aussi, je voulais vous dire, pour le cadre, les mutations internes.

Enquêteur : ah oui changement de service.

Interviewé : donc réexpliquer l'organisation dans le service, en faisant signer la fiche descriptive d'emploi. Groupe de travail, commission des soins infirmiers puisqu'elle en fait partie sur l'élaboration de protocole soin de bouche en fin de vie, poursuivre l'utilisation de l'outil trajectoire puisqu'elle l'utilise là-bas, elle fait des staffs de service hebdomadaire sur les patients qui réunissent la kiné, la diététicienne, les équipes, ensuite les commissions d'admissions qu'elle anime, proposer le choix des repas aux patients, ça se n'était pas fait... respecter le libre choix des patients quand au transport externe et funéraire et respecter les protocoles quand au mode de transport interne des patients, voilà. Donc après moi je leur remets cette fiche avec leurs objectifs à chaque cadre.

Enquêteur : donc ce rôle d'évaluation des pratiques des managers de proximité.

Interviewé : donc si vous voulez jusqu'à maintenant, chaque année il y avait une formation dédiée aux cadres. L'année dernière c'est M. [RAQ] qui a fait une formation sur la qualité.

***Enquêteur* : qui va être étendue je crois aux soignants !**

Interviewé : oui exactement.

***Enquêteur* : dans ce rôle de DSI, est-ce que... donc on a vu évidemment il y a réguler les dysfonctionnements, est-ce qu'il y a aussi valoriser quand ça marche bien ? Quand justement les protocoles, les règles de sécurité, les bonnes pratiques en matière de sécurité sont réalisées est-ce que vous félicitez le personnel ? Est-ce que vous les encouragez ?**

Interviewé : oui alors moi je ne vais pas directement vers les équipes, par contre je le dis aux cadres, notamment en réunion de cadres. Quand il y a eu la certification, leur réactivité, je leur ai dit merci et bravo. Je sais le reconnaître. Quand par exemple je vois un agent qui a fait une chose particulière par rapport à quelque chose, si je le vois dans le couloir je vais aller vers lui pour lui dire merci de m'avoir dépanné, ou d'avoir fait ça, je vais lui dire. Ce n'est pas formalisé, à par en réunion de cadres, mais par rapport à l'agent qui a fait une action ponctuelle ou un truc comme ça quand je vais le voir, le croiser, je vais m'en souvenir. Et je vais lui dire « merci d'être revenu parce que j'étais dans la panade » ou un truc comme ça si je l'ai au téléphone pour X ou Y par exemple. Qu'est-ce que je peux dire aussi... j'avais un exemple précis... et je ne m'en souviens plus... ah oui !! Il y a le groupe manutention qui a obtenu le premier prix MNH, un prix de 3000 euros je pense et ils sont allés au salon de l'infirmier à Paris recevoir ce prix. Donc premier prix au niveau national par rapport à des CHU, des choses comme ça, c'était sur les troubles musculo-squelettiques, donc ce qu'ils avaient mis en place, leur projet et tout, donc ils ont reçu le prix. Et là on les a, moi je les ai félicité ! Mais bon moi je suis, honnêtement, dans la reconnaissance quand il y a quelque chose de bien fait. Mais même en tant que cadre de proximité quand on avait passé une journée... ou un... et qu'on s'en était pas trop mal sorti, je dis « ben finalement ça c'est bien passé aujourd'hui ! On a été bon sur ce coup là ! » des choses comme ça quoi ! Et toujours rester assez simple. Je sais reconnaître quand ça va bien aussi, mais quand ça va mal aussi.

***Enquêteur* : alors justement quand ça va mal, on va s'arrêter deux minutes sur les évènements indésirables. Est-ce que vous pouvez nous raconter un évènement indésirable qui c'est produit récemment et sur lequel vous avez été amené à intervenir ? Comment ça se passe ?**

Interviewé : alors évènement indésirable grave, j'ai été alerté par le cadre de service. D'emblée, j'ai appelé le médecin responsable, c'était un problème sur le médicament, j'ai appelé la pharmacienne et M. [médecin hygiéniste] n'était pas là, ni M. [RAQ], j'ai appelé le directeur et la DRH.

***Enquêteur* : donc vous en avez eu connaissance par la déclaration.**

Interviewé : non, téléphoniquement par le cadre. Donc fiche d'évènement indésirable je lui dis d'emblée, et moi avant d'avoir la fiche j'ai alerté la pharmacienne, le directeur, la DRH. J'ai été averti vers 14h-13h30, donc dès 16h rendez-vous dans le bureau de Mme [DRH] pour faire la déclaration à l'HAS. Il y avait le médecin du service, le cadre du service, le pharmacien, moi et Mme [DRH]. Ensuite le soir, l'inspecteur de garde de l'ARS nous a rappelé il voulait parler au médecin, donc je l'ai eu et je l'ai passé au médecin en question. Après, moi j'ai rappelé d'emblée à tous les cadres les pratiques et la réglementation dans les pratiques.

Enquêteur : le jour même.

Interviewé : le jour même. Parce que c'était une ASH quand même qui avait donné le médicament, donc voilà ! Ensuite dès la semaine d'après j'ai fait une réunion de service avec les cadres et le personnel impliqué, du service. Donc là, il y a même un médecin qui est venu alors que je ne les avais pas invité, mais il a voulu venir, c'est un jeune médecin. Donc je me suis servi de notre procédure de déclaration des événements indésirables graves, qui existe dans l'établissement, j'ai commencé par ça, notamment il y a un paragraphe en préambule qui dit que la culture qualité et sécurité passe par une alerte systématique de toutes erreurs qu'on peut faire et que la culture est de déclarer et d'alerter chaque fois qu'il y a une erreur de faite. Donc je leur ai lu ce document en préambule et je dis « il ne faut pas croire que vous allez être sanctionné, ni rien. On sait différencier l'erreur de la faute », donc j'ai fait un préambule là-dessus. Et après on a parlé de l'évènement.

Enquêteur : donc ce préambule c'était un peu pour dire, vous avez bien fait d'alerter et continuez.

Interviewé : voilà, surtout. C'est la première des choses à faire. Mais je l'ai introduit comme ça en présentant quand même la procédure que normalement les gens doivent connaître que ça existe dans l'établissement.

Enquêteur : un rappel !

Interviewé : un rappel, voilà. Ensuite j'ai dit « on en vient à l'évènement ». Donc on a décrit l'évènement, ce n'était pas une RMM, on a décrit succinctement l'évènement et après moi j'ai listé simplement ce qui me concernait en tant que DSI et par rapport aux agents, je n'ai pas parlé de médecins, ni de prise en charge après, ni rien. Moi je dis bravo pour la réactivité de l'ASH qui a vu qu'il c'était trompé et qui a averti tout de suite l'infirmière, qui a averti tout de suite le médecin. Il y a eu des choses de mises en place. Par contre attention, c'est dans un service qui a l'habitude de travailler très seul, il faut avertir systématiquement le cadre, il n'a été averti... parce que là il y avait le cadre du service en congé, mais il y a toujours un binôme, le binôme est descendu vers 13h30 et la l'infirmière lui dit « il y a eu... ». Donc le cadre quand elle a été mise au courant tout de suite elle m'a appelé, donc là fiche d'évènement indésirable et tout. Donc j'ai dit attention quand il arrive quelque chose comme ça, prévenez le cadre systématiquement. Alors il y avait le médecin qui était là, je lui dis « vous vous êtes dans l'action, vous ne savez pas tout ce qu'il faut faire derrière, vous êtes dans l'action, vous êtes dans le traitement », il faut que quelqu'un ait un peu de recul pour après prendre autre chose en charge. Ce n'est pas pour dire il faut prévenir le cadre, l'administration, non ! Je lui dis « il faut quelqu'un qui puisse avoir du recul et qui puisse s'occuper de faire autre chose, vous vous êtes dans le soin, la tête dans le guidon, mais vous avez besoin d'autres personnes pour vous aider, pour prendre ne charge d'autres problématiques, et alerté pour que ça ne se produise pas ! ». Donc il y avait ça et puis après on a décliné les choses qu'il fallait absolument prescrire et les réajustements qu'il fallait mettre en place tout de suite.

Enquêteur : un suivi a été fait de ces actions ?

Interviewé : oui, un suivi a été fait par le cadre justement, auquel j'ai demandé de venir le matin, de voir les organisations, de refaire des réunions de service là-dessus. Après il y a eu une RMM qui a été faite aussi à distance.

Enquêteur : est-ce que, donc pour cet évènement indésirable ça c'est passé comme ça, est-ce que c'est une procédure que vous avez l'habitude de développer ? Est-ce que vous réagissez toujours de cette manière ?

Interviewé : oui, oui.

Enquêteur : est-ce que vos confrères directeurs des soins d'autres établissements réagissent comme ça ? Est-ce qu'il y a une communication autour de cette...

Interviewé : non. Non je n'ai pas communiqué là-dessus.

Enquêteur : du coup vous avez fait une réponse au niveau du service, est-ce que vous communiquez sur les évènements indésirables d'un service à l'ensemble de l'établissement ?

Interviewé : alors c'est au niveau des réunions de cadres. Systématiquement quand il y a un évènement indésirable qui se passe, je ne cite pas le service, je cite le domaine, je ne cite pas les conséquences, mais je cite attention évènement indésirable grave, alerte tout de suite, mise en place d'actions correctives telles ou telles que vous avez dû voir passer mesdames, parce qu'elles l'ont vu passer par mail, elles ont été alertées. Puis RMM, actions d'amélioration, c'est dit en réunion de cadres, je me sers de ça.

Enquêteur : est-ce que vous-même vous faites des déclarations ?

Interviewé : ah oui, oui, attendez. Moi j'en ai fait une quand... oui sur une erreur médicamenteuse aussi. J'ai dit au médecin, parce que j'avais été alerté, ce n'était pas dans mon secteur, j'avais été alerté par le médecin, j'ai dit au médecin je vais faire une fiche d'évènement indésirable.

Enquêteur : et dans ces cas là pourquoi est-ce que ce n'est pas lui qui a fait la fiche ?

Interviewé : alors il y a certains médecins qui sont un peu réfractaires pour faire des déclarations sur des fiches d'évènements indésirables. Donc je lui ai dit que je la faisais, je le préviens « je la fais ».

Enquêteur : vous les encouragez à le faire ?

Interviewé : ah ben oui. Je lui ai dit « faudrait que vous fassiez une fiche d'évènement indésirable », il m'a dit « oui mais bon... » du coup je lui ai dit « écoutez moi je vais la faire ! ». Alors là justement en RMM, on apprend tout les jours, suite au dernier évènement indésirable grave qu'il y a eu la RMM donc M. [médecin hygiéniste] va nous faire passer les « never events », choses qu'on n'avait pas sur lesquelles travailler. Ça aussi ce sont des choses bien ciblées.

Enquêteur : et pour vous c'est de votre rôle de déclarer ?

Interviewé : ah oui ! Et puis après ce sera dit en réunion de cadres avec le suivi justement de ces « never events », insulinothérapie, anticoagulants...

Enquêteur : on va finir sur quelques questions. Est-ce que vous sentez de la part de vos supérieurs hiérarchiques, alors j'imagine monsieur le directeur, des attentes en matière de sécurité sur vous ?

Interviewé : ah ben oui. Il met complètement des attentes sur moi parce qu'il le voit aussi par rapport quand il se déplace dans les services, il voit aussi par rapport aux lettres qu'il reçoit, à mes entretiens

annuels d'évaluation aussi, les actions réalisées, au nombre d'évènement grave qui peut arriver dans l'établissement. Tout ça vraiment moi je suis bien placé pour savoir ce qu'est la sécurité de soins et la qualité des soins. C'est mon rôle premier.

Enquêteur : est-ce qu'il vous évalue là-dessus ?

Interviewé : ah oui, j'ai un entretien comme toutes les directrices.

Enquêteur : au niveau des soignants est-ce que vous ressentez ces attentes aussi vis-à-vis de vous en termes de sécurité ?

Interviewé : les soignants ils attendent que je leur donne du personnel, parce que c'est toujours un problème de personnel, ils attendent de pouvoir partir en vacances quand ... ils attendent quand même de pouvoir travailler dans une certaine sérénité. Ce que je demande aux cadres, c'est surtout de leur fournir des organisations qui puissent être faisable par les agents. Parce qu'il ne faut pas faire des usines à gaz si on ne peut pas le mettre en application, donc au plus près de la réalité du terrain. J'attends des cadres qu'ils fournissent tout le matériel nécessaire au personnel, qu'ils n'aillent pas courir à droite et à gauche pour chercher du matériel. Ça c'est la pire des choses, un personnel qui va dans les services parce qu'il manque de choses à l'économat, là c'est ingérable et moi le cadre doit veiller au stock et que le personnel soit centré auprès des patients. Le personnel attend de la reconnaissance, et c'est vrai, c'est-à-dire pas simplement leur dire « il faut », « c'est la règle », il faut qu'ils ressentent quand même qu'il y ait de la valorisation et de la reconnaissance. Savoir les valoriser c'est très important, savoir reconnaître quand ils font bien.

Enquêteur : est-ce que ça profite du coup à la qualité de la prise en charge et à la sécurité ?

Interviewé : oui, ça maintient un esprit d'équipe. Savoir aussi les impliquer au niveau des staffs, des groupes de travail, les RMM... la RMM que l'on a fait là sur l'évènement indésirable grave, les trois personnes qui avaient été dans cette situation, un infirmier, une AS, une ASH, n'avaient jamais participé à une RMM. A la sortie de la RMM elles sont allées dire merci au cadre de proximité.

Enquêteur : de les avoir impliqué...

Interviewé : et que ça se soit passé comme ça. Donc quant vous entendez ça, vous vous dites déjà il y a une amorce qui est faite, parce qu'ils vont en parler entre eux. Donc ils ont un besoin de reconnaissance, c'est vrai. Mais c'est l'esprit d'équipe, c'est le binôme médecin-cadre, c'est tout ça quoi ! C'est vrai qu'ils attendent eux aussi de pouvoir travailler dans de bonnes organisations et pouvoir avoir un cadre réglementaire qui soit au plus près du terrain, pas des choses extraordinaires et qui ne soient pas infaisables !

Enquêteur : est-ce que c'est facile d'intégrer ces attentes ?

Interviewé : c'est très difficile par rapport à la réglementation et notamment du médicament. Vraiment en termes d'organisation et de faisabilité pour le circuit du médicament c'est très, très difficile, mais on y arrive parce que chacun a pris quand même conscience du rôle qu'il avait dans sa fonction par rapport à ce circuit du médicament. Parce que tant qu'ils n'intègrent pas le rôle qu'ils ont, vous pouvez dire n'importe quoi ça ne sera pas suivi d'effet. Il faut qu'ils touchent du doigt la

responsabilité qu'ils ont dans leur tâche. Moi je le dis quand ils encadrent des étudiants infirmiers, je dis « attention vous avez un rôle très important ».

FIN

Annexe 12

Rapport de fin d'étude d'un établissement



Engagement des ManagERs
pour l'Amélioration de la cULTure DE Sécurité

RESULTATS D'UN ETABLISSEMENT

Rédaction du rapport :

Marie Lecourt (sociologue, Ccecqa), Dr Jean-Luc Quenon (médecin, Ccecqa), Tamara Roberts (sociologue, Ccecqa).

Avertissement

- Ce document présente les données recueillies dans l'établissement au cours de la période de **janvier à mars 2015**.
- Les résultats de l'enquête qualitative doivent être relativisés dans la mesure où les informations ont été recueillies auprès d'un échantillon restreint de professionnels de l'établissement.
- De par leur durée limitée, les observations rendent compte de l'activité des managers sollicités à un moment donné.

- La méthodologie mise en œuvre dépend de l'organisation proposée par l'établissement. Un entretien formel auprès d'un cadre de santé n'a pu être réalisé dans votre établissement comme prévu.

TABLE DES MATIERES

I. OBJECTIFS DU PROJET

II. METHODOLOGIE

III. RESULTATS

1. Contexte

2. Organisation de la sécurité et de la gestion des risques

3. Présentation du service participant au projet EMERAUDES

4. Les représentations de la sécurité

5. Les activités des managers en matière de sécurité

6. Le soutien perçu des supérieurs hiérarchiques par les professionnels

7. Les attentes des soignants en matière de sécurité vis-à-vis de leurs supérieurs

8. Le climat de sécurité des soignants

IV. CONCLUSIONS ET PRECONISATIONS

Le projet EMERAUDES s'intéresse aux rôles des managers en matière de sécurité dans les établissements de santé. L'ensemble des risques qui menacent un établissement (par exemple : risques cliniques, juridiques, financiers, techniques, liés aux partenaires, éthiques ...) sont considérés dans ce projet, mais une attention plus particulière est portée aux risques associés aux soins.

I. OBJECTIFS DU PROJET

Le projet EMERAUDES avait pour objectifs d'analyser le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en établissement de santé et de rechercher une association entre un engagement et un soutien fort de ces managers et un climat de sécurité développé des soignants.

Il devait permettre de rendre compte de ce que l'établissement a (par exemple : politique, procédures, indicateurs de sécurité, ...), de ce que les professionnels ressentent et de ce que les professionnels font en matière de sécurité.

La définition de la **culture de sécurité** retenue pour cette recherche était celle proposée en 2006 par *l'European Society for Quality in Health Care* : un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins.

Selon Cabrera et al.⁴, le **climat de sécurité** peut être défini comme l'ensemble « des perceptions partagées par les membres d'une organisation sur leur environnement de travail et sur les politiques de sécurité de cette organisation ».

En participant au projet EMERAUDES, les établissements pouvaient attendre de :

- Mieux appréhender le niveau de la culture de sécurité de l'établissement ;
- Mieux comprendre comment le rôle des managers dans la démarche de sécurité peut influencer la perception que les soignants ont de la sécurité dans l'établissement ;
- Bénéficier d'un outil permettant d'analyser le rôle des managers dans la culture de sécurité leur permettant de poursuivre la dynamique mise en œuvre ;
- Développer les échanges locaux et régionaux entre managers autour de la sécurité.

Les retombées pour la recherche étaient les suivantes :

⁴ Cabrera D.D., Isla R., Vilela L.D., 1997. *An evaluation of safety climate in ground handling activities*, Paper presented at the aviation safety, Proceeding of the IASC-97 International aviation safety conference, Netherlands.

- Apporter de nouvelles connaissances sur la démarche d'amélioration de la sécurité et la gestion des risques en s'intéressant au rôle des managers dans la culture de sécurité en santé et en privilégiant le recours à une approche qualitative ;
- Proposer une approche alternative s'intéressant à la dimension culturelle de la sécurité et prenant en compte l'ensemble des interactions existantes (dans l'établissement et avec les partenaires extérieurs : prestataires de services, représentants d'utilisateurs, instituts de formation, etc.) dans un établissement de santé.

II. METHODOLOGIE

Le projet EMERAUDES a mobilisé deux types d'approches, l'une qualitative et l'autre quantitative.

L'approche qualitative (entretiens, observations, analyse de documents) permettait de rendre compte de la perception et des représentations des professionnels en matière de sécurité et de gestion des risques. Grâce aux observations, elle visait à identifier et comprendre les pratiques réelles des acteurs ; seule l'observation pouvait effectivement rendre compte de l'activité des managers en matière de sécurité. De plus, cette méthode devait permettre de mieux comprendre comment la sécurité prenait forme dans les interactions des managers entre eux et avec les autres acteurs de l'établissement et comment ils pouvaient participer au développement et à l'entretien ou encore à la détérioration d'une culture de sécurité des soignants.

L'approche quantitative visait à évaluer le climat de sécurité des soignants de l'établissement. Un questionnaire a été remis à un échantillon de professionnels de l'établissement.

Le recueil de données a été réalisé de juin 2014 à mars 2015 dans 7 établissements de santé : 4 cliniques de plus de 100 lits et 3 centres hospitaliers de plus de 300 lits.

Six établissements étaient situés en Aquitaine et adhérents au Ccecqa, un établissement appartenait à la région Midi-Pyrénées. Deux structures proposaient une prise en charge en

santé mentale (1 privée et 1 publique) et 2 appartenait à un groupe d'établissements (1 groupe régional et 1 national).

Pour chacun des établissements, un pôle et/ou un service de ce pôle volontaires ont été retenus pour le recueil des données.

Un référent projet a été identifié dans l'établissement afin de faciliter le bon déroulement du projet EMERAUDES.

L'étude a été réalisée au sein de votre établissement entre **janvier et mars 2015**. Au cours de cette période, un sociologue a mené la collecte des données avec des managers de l'établissement (directeur, Responsable des Soins Infirmiers (RSI) et de la Gestion Des Risques (GDR), président de CME⁵, cadres de santé) et des soignants (médecins, infirmiers, aides soignants, etc.). Des professionnels des services de psychiatrie générale et d'hospitalisation de jour ont été sollicités.

Plusieurs sources de données ont été utilisées :

- *Analyses documentaires*- Une analyse documentaire a permis de collecter des données contextuelles, mais aussi des données relatives au système de gouvernance de l'hôpital et notamment sur l'organisation de la démarche qualité et de gestion des risques (documents institutionnels). Des documents opérationnels (affichages, système de signalement des événements indésirables, protocoles) ont également été recueillis afin d'analyser l'organisation en matière de sécurité du pôle et du service concernés par le projet.
- *Entretiens individuels semi-directifs* (d'une durée moyenne de 43 minutes)- Ils ont été réalisés auprès de 8 professionnels de l'établissement : 3 top managers (directeur, responsable des soins infirmiers (RSI) et de la GDR, président de la CME), 2 managers de proximité (2 cadres de santé) et 3 soignants du service (2 médecins et 1 aide-soignant). L'âge des 8 professionnels sollicités variait de 35 à 60 ans, avec un âge moyen de 44 ans. Quatre d'entre eux étaient des femmes et quatre exerçaient une activité dans l'établissement depuis plus de 10 ans. Six professionnels avaient une ancienneté dans le poste d'au moins 5 ans et 2 depuis moins de 1 an. Tous participaient à une instance

⁵ Conférence Médicale d'Etablissement

relative à la sécurité. Ces entretiens devaient permettre de rendre compte de la perception du niveau de sécurité de l'établissement, du rôle des managers pour la gestion des risques, de leurs actions, de leur soutien. Enregistrés et anonymisés, ces entretiens ont fait l'objet d'une retranscription intégrale et d'une analyse thématique à l'aide du logiciel NVivo 10®.

- *Des observations :*
 - *Observations directes*- Deux types d'observations ont été réalisés. Le premier a consisté en des observations directes de l'activité de deux managers. Elles ont été **réalisées auprès du directeur d'établissement et d'un cadre de santé** sur deux journées (1 journée par manager). Celles-ci ont été choisies en concertation avec les professionnels. Elles devaient si possible comprendre un temps dédié à la gestion des risques.
 - Le second type d'observation a porté sur une instance décisionnelle. Il s'agissait d'un **staff de direction** de l'établissement. Cette observation devait permettre de rendre compte de la place occupée par les questions de sécurité dans la politique de l'établissement et la manière dont celles-ci étaient appréhendées par les managers.
- *Questionnaire d'évaluation du climat de sécurité des soins*, à remplir par les soignants⁶- Un questionnaire a été remis à un échantillon de soignants tirés au sort. La version française du questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) développé par l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality, a été utilisée pour évaluer à un moment donné les perceptions et les attitudes des soignants pour la sécurité des soins.

La collecte des données s'est déroulée du 12 février au 12 mars 2015.

L'analyse de l'ensemble des données recueillies a été réalisée par un médecin et deux sociologues du Ccecqa.

⁶ Accessible via la plateforme de saisie eFORAP du CCECQA, un lien d'accès a été transmis par le référent du projet aux professionnels. L'ensemble des médecins et des cadres de santé de l'établissement et 20 % des autres soignants (infirmiers, aides soignants, etc.) ont été invités à y répondre.

III. RESULTATS

1. Contexte

a. Présentation de l'établissement

L'établissement est une clinique de psychiatrie générale comprenant 117 lits. Cette structure n'adhère pas au Ccecaq.

Cet établissement a été bâti sur le modèle de l' « entreprise familiale ». En effet, l'instigateur de cette structure était un médecin psychiatre, grand père de l'actuel directeur. Il avait deux filles : l'une, psychiatre, était la mère du directeur actuel et l'autre était pharmacien. Toutes deux ont exercé une activité dans l'établissement.

Le directeur actuel, expert comptable de formation, a été amené à prendre ses fonctions à la suite du décès brutal de sa mère, en 1998.

La clinique est installée dans un château et située au cœur d'un petit village de la région toulousaine.

Environ 90 personnels, dont la moitié sont des soignants, assurent la prise en charge des patients : infirmiers, aides soignants, psychologue, ergothérapeute, art-thérapeute, infirmiers alcooliques, moniteur de sport, assistante sociale, kinésithérapeute, agents administratifs et hôteliers, etc.

La clinique est organisée autour de 2 principaux niveaux de management : la direction et le service. Bénéficiant d'un parc de 12 hectares, il s'agit d'un établissement pavillonnaire, organisée autour de deux bâtiments principaux dédiés à la prise en charge des patients.

Chaque bâtiment correspond à un service :

- un hôpital de jour situé au fond du parc, édifié il y a quelques années ;
- un bâtiment d'hospitalisation continue.

En janvier 2014, l'établissement a été racheté par un groupe national CLINEA (Ex ORPEA). Le groupe s'était engagé à ne procéder à aucun licenciement. Néanmoins, plusieurs démissions ont fait suite à ce rachat.

Une restructuration des activités et des ressources humaines était à l'œuvre au moment de l'étude. En effet, un nouveau responsable des soins infirmiers et de la GDR avait été missionné dans l'établissement par le groupe. Une réduction des effectifs d'aides soignants

était réalisée. Une redéfinition des rôles et missions des personnels était en cours (par exemple pour les professionnels de l'accueil).

Le groupe disposait de services de contentieux sociaux, qualité, juridique, veille technologique etc. constituant un soutien pour chacun des établissements faisant partie du groupe. Ces services intervenaient à la demande de l'établissement ou de la direction régionale.

Concernant la gestion documentaire, des outils et protocoles étaient mis à la disposition de l'établissement, par le groupe.

Enfin, depuis le regroupement, la politique d'établissement tendait à évoluer. Du point de vue d'un cadre de santé, la direction avait désormais des attentes financières vis à vis des managers, celles de " faire rentrer de l'argent", « faire du chiffre d'affaires". Ce professionnel parlait d'un passage d'une logique considérant les patients à une logique d'un établissement au service des clients.

Chaque service est placé sous la responsabilité d'un médecin et d'un infirmier coordonnateur (IDEC). Un troisième cadre assure la coordination des 2 IDEC.

En accord avec l'établissement, nous considérons un seul niveau d'encadrement paramédical composé de trois cadres de santé (les IDEC étant considérés comme des cadres de santé bien qu'assurant également la fonction d'infirmier).

Six médecins libéraux assurent la prise en charge des patients. La nuit et le week-end, un seul médecin est de garde, soutenu par un médecin d'astreinte qui peut être contacté par téléphone.

Un staff médico-administratif est organisé tous les jeudis pendant une heure. Il permet une coordination entre médecins et administratifs (dont le directeur) dans le but de relayer des informations générales ou à titre d'exemple pour assurer le suivi des actions de gestion des risques en cours les concernant. Certains cas de patients complexes ou problématiques peuvent être discutés également lors de ces réunions.

Le responsable des soins et de la qualité et un cadre sont également présents à ce staff.

b. Résultats de la certification

En 2011, l'établissement a passé sa visite de certification, à l'issue de laquelle il a été certifié avec :

- 1 réserve sur la maîtrise du risque infectieux ;

Et 4 recommandations sur :

- L'information du patient en cas de dommage lié aux soins ;
- Troubles de l'état nutritionnel ;
- Demande d'examen et transmissions de résultats ;
- Don d'organes et de tissus a visée thérapeutique.

A l'issue de cette visite, la clinique a mis en œuvre des actions correctives permettant la levée de la réserve et des recommandations. La certification de l'établissement a été prononcée et « la HAS encourage[ait] l'établissement à poursuivre sa démarche qualité ».

La partie suivante propose de rendre compte de ce qu'« a » l'établissement pour garantir l'organisation de la sécurité : politique et programme de gestion des risques, structures dédiées, ressources financières, système d'information.

2. Organisation de la sécurité et de la gestion des risques

a. La politique et le programme.

Le programme qualité n'a pu être analysé compte tenu de la période de transition dans laquelle se trouvait l'établissement au moment de l'étude. Le projet d'établissement et le projet médical étaient en cours de rédaction au moment de l'étude. Par conséquent, il n'existait ni projet qualité sécurité, ni projet de soins.

Cependant, un médecin participant à l'étude déclarait qu'un axe du projet médical d'établissement était consacré à la réduction des risques associés aux soins, tels que les risques liés aux traitements. De plus, un plan d'action GDR était en cours de rédaction au moment de l'étude.

L'établissement n'était pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé. Cependant, le groupe souhaitait la mise en œuvre de 10 indicateurs de la qualité perçue au sein de la clinique. Chaque indicateur devait être associé à un référent attribué et les tableaux de résultats seraient par la suite affichés dans les services et insérés dans le compte qualité.

Il était constaté qu'une démarche d'intégration des patients et usagers était à l'œuvre. Elle passait par une implication directe de ceux-ci dans la prise en charge clinique ou par leur sollicitation, par exemple lors des instances d'établissement telles que la commission restauration.

b. Les structures dédiées

Le rachat par le groupe avait modifié l'organisation de l'établissement et notamment les structures dédiées à la GDR. Au moment de l'étude, un nouveau professionnel responsable des soins infirmiers et de la GDR intégrait l'équipe. Il formait une direction qualité avec un cadre de santé de l'établissement. Ce dernier était en charge de cette thématique depuis de nombreuses années en association avec un ingénieur qualité (désormais placé au niveau de la Direction des Ressources Humaines).

Au moment de l'étude, la clinique était dotée d'un CLIN, animé par un médecin assurant aussi la fonction de président de la CME. Le CLIN bénéficiait de l'expertise d'un IDE hygiéniste.

Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) et la Commission restauration étaient également actifs.

Des Revues de Morbi-Mortalité (RMM) étaient réalisées par les praticiens de l'établissement mais seulement pour les suicides. Ces RMM étaient réalisées avec des confrères d'autres cliniques lors d'une soirée prévue à cet effet. Chaque établissement amenait ses dossiers, lesquels étaient analysés collégalement.

c. Les ressources financières

Aucune information n'a été donnée lors de l'étude.

d. Le plan de formation

Le bilan 2013 et le programme 2014 n'ont pu être analysés. Cependant, les entretiens ont permis de mettre à jour la volonté marquée du groupe de favoriser la formation des personnels. Celui-ci disposait d'ailleurs de ses propres structures de formation.

La formation apparaissait avant tout être réalisée en interne. A titre d'exemple, les deux médecins sollicités lors des entretiens expliquaient former leurs confrères et les personnels paramédicaux aux procédures d'évaluation du risque suicidaire.

e. Le système d'information

L'établissement disposait d'un logiciel qui permettait, à partir des audits réalisés, de structurer des plans d'actions, revus toutes les semaines ou tous les 15 jours. Un médecin indiquait que ce logiciel permettait de voir si les actions étaient réalisées ou pas. Leur efficacité était évaluée par la mise en œuvre du même audit à distance.

Les protocoles étaient accessibles sous format papier dans les services. Ils étaient rédigés notamment par les managers de proximité.

f. Le staff de direction

Il était hebdomadaire et animé par le directeur. Il se tenait, le mardi, dans le bureau de ce dernier pendant une heure.

Un ordre du jour était proposé. Il suivait toujours la même structure : des grandes thématiques étaient abordées mais les sous-thématiques changeaient chaque semaine (exemples de thématiques : révision des plans d'actions en cours, analyses des fiches d'évènements indésirables, point RH etc.).

Lors de la réunion observée, des agents administratifs, le responsable des ressources humaines, un cadre de santé, le responsable de la maintenance et la gouvernante étaient présents. Ce jour là, deux points concernaient plus particulièrement la sécurité : le compte qualité et le suivi des Fiches de Signalement des Évènements Indésirables (FSEI). A propos de ce dernier thème, le directeur rappelait aux professionnels de réaliser systématiquement une analyse approfondie des causes des EI.

A RETENIR

- Peu de documents accessibles au moment de l'étude : projet d'établissement, projet d'actions en GDR, projet médical et projet de soins, plan et bilan de formation 2013 et 2014 non disponibles.

- Le rachat de la clinique par un groupe national amenait une réorganisation des structures dédiées à la GDR.
- Le groupe favorisait la formation des personnels.
- La certification était utilisée comme un levier d'amélioration.

3. Présentation des services participant au projet EMERAUDES

Le recueil a été réalisé en partie auprès des professionnels des **services d'hospitalisation continue et d'hospitalisation de jour**.

a. Le service d'hospitalisation continue

Ce service, « ouvert », était structuré autour de 3 niveaux :

- le rez-de-chaussée était destiné à la géro-psycho-geriatrie. Il accueillait essentiellement des patients âgés déments, dont l'état était altéré et présentait un fort risque de chute lié aux traitements. On y trouvait également le bureau médical, espace réservé aux médecins psychiatres et somaticiens, à un secrétaire médical et à l'infirmier surveillant. Une salle de consultation se trouvait également dans cet espace.
- Dans les étages, on trouvait, sur un niveau les femmes et sur l'autre les hommes. Certaines patientes pouvaient être « hébergées » chez les hommes, le temps d'avoir une place à l'étage dédié. Il s'agissait essentiellement de personnes autonomes c'est-à-dire capables d'aller chercher les médicaments à l'infirmierie.

Un projet de mixer hommes et femmes était en cours.

A chaque étage, se trouvait un bureau infirmier. Ce bâtiment était très ancien, mais il avait fait l'objet d'une extension avec des chambres neuves, individuelles et plus fonctionnelles. Elles avaient un coût plus important et étaient donc proposées en priorité aux patients bénéficiant d'une mutuelle.

La charge de travail était dans ce service particulièrement lourde, du fait de la dépendance des patients (plus de nursing, d'aide aux repas, de changes, d'aides à l'habillage). Avant le rachat, il y avait toujours 2 AS et 2 IDE. Les AS pouvaient participer aux évaluations des

patients. Désormais, cette unité bénéficiait de moins en moins d'AS, donc cela représentait une charge de travail supplémentaire pour l'IDE.

Un staff était organisé tous les matins : chaque jour un médecin du service échangeait sur les dossiers patients avec les personnels infirmiers.

En termes de gestion des risques, le service connaissait des problèmes récurrents liés à la prise en charge du médicament. L'absence d'un système de bracelet d'identification permettait la survenue d'erreurs médicamenteuses. Cependant, la mise en place d'un système d'implication des patients devait permettre de sécuriser l'administration du médicament.

Les risques de chutes des patients liés aux traitements dispensés avaient amené l'équipe soignante à réaliser un travail sur cette thématique.

Un affichage dédié à la sécurité était observé dans ce service et plus précisément dans les couloirs et le bureau des soignants. Cela concernait par exemple l'hygiène des mains, la réduction des Accidents d'Exposition au Sang (AES), la sécurité incendie ou encore le planning des médecins somaticiens ou psychiatres.

b. Le service d'hospitalisation de jour

Ce service accueillait 8 à 10 patients par jour et fonctionnait sur la base de 2 groupes de patients par semaine : le lundi et le jeudi, ou le mardi et le mercredi. Un nouveau groupe venait d'être mis en place le vendredi matin et proposait des activités corporelles.

Le bâtiment était situé au bout de la clinique. Il bénéficiait de locaux récents et d'un patio rectangulaire.

Une seule IDE (cadre de santé) prenait en charge les patients, aidée ponctuellement d'AS, d'une psychologue, d'un professeur de sport, d'une assistante sociale. Un médecin responsable y était présent tous les mardis pour la réunion. Le cadre de santé pouvait également le mobiliser pour des entretiens avec les patients.

La partie suivante propose de rendre compte de la culture de sécurité de l'établissement à travers ce que « pensaient » les professionnels interrogés sur l'organisation de celle-ci.

4. Les représentations de la sécurité

a. La définition de la sécurité

La **définition de la sécurité** en établissement de santé apparaissait **multidimensionnelle** pour les 9 professionnels sollicités (6 managers et 3 soignants⁷) (Figure 1). Dix idées, regroupées en **cinq dimensions** étaient évoquées.

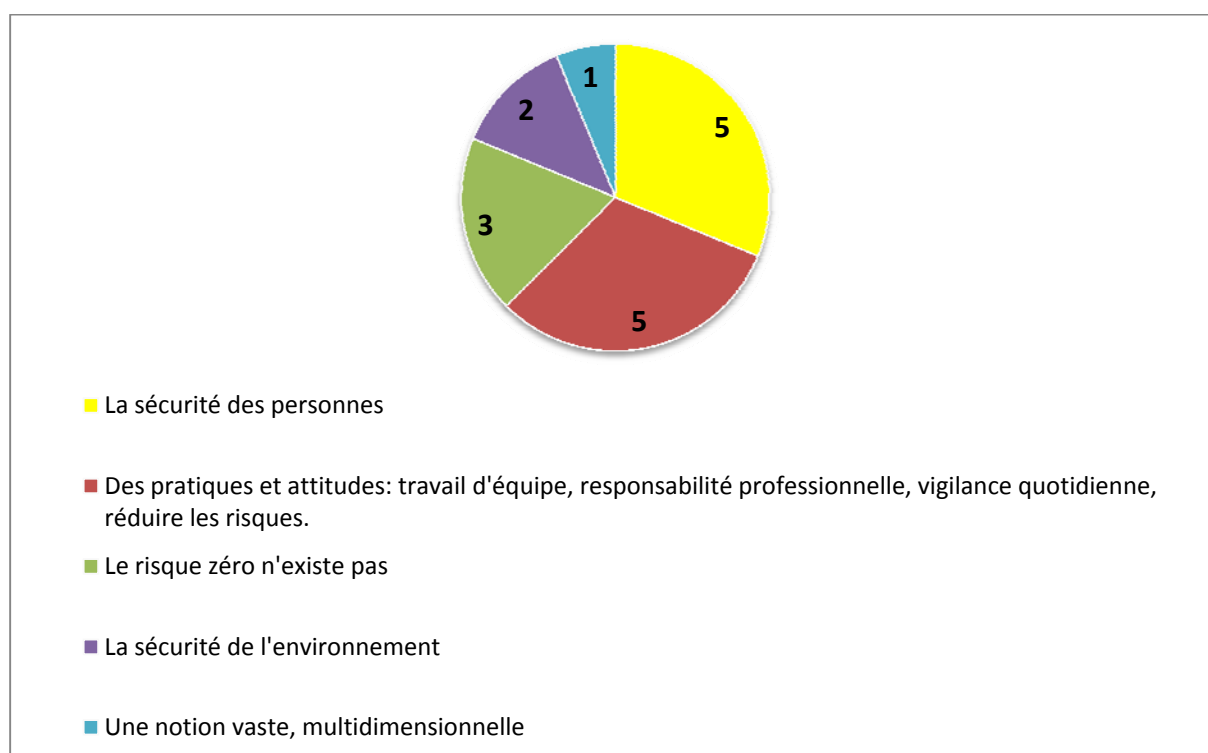


Figure 1- La définition de la sécurité par 9 professionnels : une notion multidimensionnelle.

Les deux dimensions les plus régulièrement citées par les professionnels étaient **la sécurité des personnes** (n = 5) et **les pratiques et attitudes professionnelles** (n = 5).

Trois managers et 2 soignants évoquaient globalement **la sécurité des personnes**. Un médecin, un AS et le président de la CME citaient plus précisément **la sécurité des patients et celle des professionnels**.

⁷ Les résultats s'appuient sur les données issues des entretiens formels réalisés avec 8 professionnels et les propos d'1 cadre de santé recueillis au cours de l'observation de ce manager de proximité.

Concernant la sécurité des patients, les répondants évoquaient principalement les risques infectieux et les risques pour les patients d'être dangereux pour eux-mêmes et pour les autres (auto mutilation, tentative de suicide, agressivité, etc.). La sécurité des professionnels était abordée de manière générale ou en termes de risque d'exposition au sang, d'agression par les patients.

Les pratiques professionnelles et des attitudes favorables à la sécurité étaient évoquées par 1 top manager, 2 cadres de santé et 2 soignants. Quatre d'entre eux parlaient notamment de l'ensemble des **actions visant à réduire les risques**. Un cadre expliquait « *on travaille en psychiatrie, donc à partir de là de détecter tout comportement qui peut mettre en danger soit les autres patients, soit le personnel soignant, ça déjà c'est basique.* »

Un AS expliquait l'importance du **travail d'équipe** : « *C'est à nous de faire en sorte que même si on est à deux, il faut quand même mettre le service en sécurité. D'où la collaboration aussi de l'équipe* » Pour le président de la CME, la sécurité en établissement de santé relevait du **respect des pratiques professionnelles**. Il citait par exemple « *la transmission de l'information* » ou encore « *l'identitovigilance* ».

Enfin, associant la sécurité aux pratiques professionnelles, un des médecins évoquait la **responsabilité professionnelle**. Prenant l'exemple de la prévention du risque suicidaire, il disait : « *nous, si on évalue un risque important, on met en place un protocole (...); on laisse le patient en pyjama pendant 24h ou 12h (...)* » et ajoutait « *Moi, je ne suis pas liberticide, mais bon, moi je suis là pour la sécurité des patients* »

La sécurité était aussi perçue comme **une attitude**. Un AS évoquait le fait qu'il relevait d'une vigilance constante des professionnels : « *la sécurité, c'est aussi être là si jamais il y en a un tout d'un coup il surgit (...) on a toujours un œil derrière.* »

Trois autres dimensions étaient proposées par 2 managers et 2 soignants. Pour le directeur, un cadre et un AS, la sécurité était associée à l'idée d'un **risque zéro qui n'existe pas**. La **sécurité de l'environnement** était citée par le directeur et un médecin. Ils évoquaient notamment la sécurité incendie. Le directeur expliquait : *je vous dis incendie parce que je sais que le reste est fait quoi !* Enfin, pour un AS, la sécurité était **une notion « vaste »**.

b. Les risques prioritaires

Pour deux managers et deux soignants, les risques prioritaires concernaient **les patients** et plus précisément **le risque suicidaire ou le risque de décès**. L'extrait d'entretien avec ce cadre illustre cela : *« le risque vraiment, celui qui nous fait pas le plus peur mais quelque part oui, c'est le risque suicidaire aussi qui n'est pas toujours évident à déceler. »* Ou encore les propos de ce médecin : *« c'est pas le plus fréquent, mais bon quand il y a quelqu'un qui meurt, c'est le risque maximum (...) dans la gravité des évènements, il n'y en a qu'un seul qui est ultime, c'est la mort. »*

Pour deux managers et un soignant (le président de CME, un cadre et un médecin), **les risques professionnels** étaient prioritaires. Ils citaient notamment le risque de contamination (exemple : le risque par Accident d'Exposition au Sang-AES-), le risque suicidaire ou le risque psycho-sociaux comme l'explique ce cadre de santé : *« les plus difficiles à maîtriser, c'est tout ce qui est psychique, enfin je veux dire tout soignant peut faire un burn-out surtout en psy (...) j'ai longtemps été responsable des nouveaux embauchés et des élèves(...) la première chose que je leur apprend, c'est à se protéger à mettre la bulle. « Tu mets la blouse, tu mets la bulle. » »*

La hiérarchisation de ces risques reposait pour deux managers de proximité et deux médecins sur la **difficulté à maîtriser les risques** perçus comme prioritaires. A propos du risque de suicide, un cadre de santé expliquait : *« c'est un risque qu'« on ne peut même pas éviter. Je veux dire quelqu'un qui veut se suicider, il se suicide quoi qu'on fasse. »*

La fréquence du risque (n = 3) et la **gravité des conséquences** (n =3) étaient aussi utilisées pour argumenter cette priorisation. Le directeur expliquait à ce propos : *« plus de 50 % des patients hospitalisés présentent un risque suicidaire, donc je demande vraiment (...) à chaque professionnel de santé de détecter ce qui est indétectable, parce qu'une personne qui passe à l'acte voilà... ça c'est le cas le plus grave. »*

A RETENIR

- Deux définitions de la sécurité étaient régulièrement citées par les répondants : **la sécurité des personnes et les pratiques et attitudes professionnelles.**
- **Une priorité** était accordée **aux risques pour les patients** et notamment le **risque de décéder et le risque suicidaire.**
- **Deux managers et un soignant** accordaient une importance particulière **aux risques professionnels.**
- La priorisation des risques reposait le plus souvent sur la **difficulté à maîtriser le risque**, puis sa **fréquence et sa gravité.**

c. Le niveau de sécurité de l'établissement

Le niveau de sécurité de l'établissement **était perçu de manière plutôt positive** par cinq professionnels. Trois d'entre eux exprimaient clairement leurs points de vue : 2 le jugeaient « bon » et le troisième « très bon ».

Les arguments suivants étaient proposés pour justifier cette perception positive : **une bonne gestion des événements indésirables** était évoquée par deux managers (directeur et cadre de santé). Le cadre de santé expliquait : *« (...) il peut y avoir des suicides, il peut y avoir des fugues, enfin des moments comme ça qui sont un petit peu délicats à vivre mais sur le moment il faut le faire, on fait ce qu'on a à faire. On déclare la fugue, on appelle les gendarmes, enfin il y a toute une procédure, on appelle la direction, enfin bon on fait tout ce qu'on a à faire. On recherche le patient également, on envoie des équipes rechercher si il y a besoin, et puis après débrief par écrit ou oralement pour voir un petit peu les raisons pour lesquelles il s'est passé cet événement ou un autre quoi. »*

Plus précisément, ils évoquaient la **faible fréquence des événements indésirables** pour justifier leur perception. Les propos du directeur illustraient cela : *« Si on se base sur le factuel, c'est-à-dire sur le retour d'expérience et d'information de ce qui est arrivé, on est à 98 % « sécuritaire ».*

Un deuxième argument était proposé par un cadre de santé et un AS. **Le sentiment personnel de sécurité dans le travail** était mobilisé par ces 2 professionnels pour estimer le niveau de sécurité de l'établissement. Le cadre expliquait ainsi : « (...) *des gens agités il peut toujours y en avoir, des gens violents mais (...) on n'arrive pas tous les jours avec la peur de ne pas rentrer chez soi le soir.* ».

Ces deux professionnels justifiaient également leur perception par la **solidarité interprofessionnelle**. L'extrait d'entretien suivant illustre cela : « *Il y a (...) le fait qu'on se connaisse tous (...) qu'on puisse demander de l'aide, ou des fois quand on est dépassé par un patient on va demander à sa collègue d'y aller à notre place.* » (cadre de santé)

Ce cadre et un médecin citaient également **l'existence d'une dynamique réelle de gestion des risques et des améliorations notables** en la matière. Le médecin expliquait : « *Sur la sécurité du patient il y a quand même on va dire, bon j'ai un recul de 9 ans ici, oui la clinique a été transfigurée on va dire sur le plan médical et sur le plan de la clinique en elle même, les locaux, la mise aux normes.* »

Le médecin justifiait également le bon niveau de sécurité de l'établissement par l'existence de **bonnes pratiques professionnelles** : « *Nous, en psychiatrie, le risque absolu c'est le suicide et là je pense qu'on travaille bien* ».

Enfin, le directeur parlait aussi de **l'attitude favorable des professionnels** à la sécurité. Evoquant leur « *vigilance et leur implication* », il expliquait que « *ce sont des professionnels concernés (...)* »

A RETENIR

- Une **perception globalement positive du niveau de sécurité de l'établissement**.
- Une **bonne gestion des EI, un sentiment personnel de sécurité au travail, l'existence d'une solidarité interprofessionnelle, l'existence d'une dynamique de GDR et des améliorations notables en sécurité** régulièrement cités pour justifier cette perception.

Dans cette cinquième partie, nous proposons de rendre compte de ce que faisaient les managers en matière de sécurité, c'est-à-dire leurs activités.

5. Les activités des managers en matière de sécurité

a. Les actions déclarées par les soignants et les managers

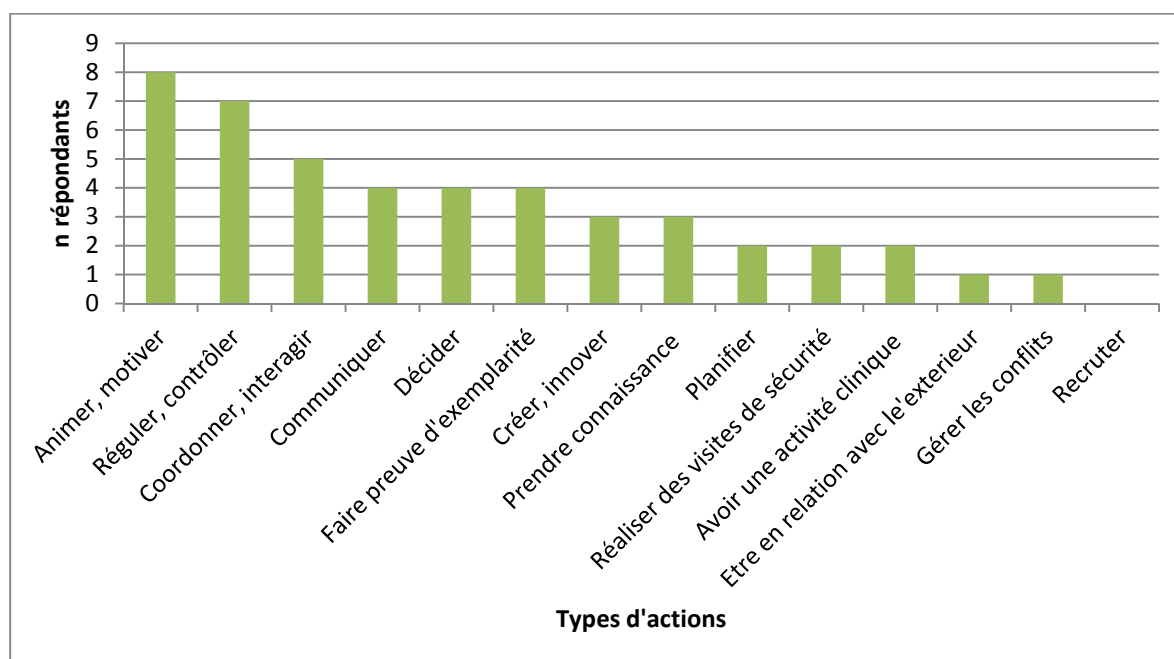


Figure 2- Fréquence d'attribution des activités aux managers par l'ensemble des répondants (n = 9)

Trois activités principales étaient attribuées par plus de la moitié des professionnels interrogés : **animer-motiver** ; **réguler-contrôler** ; **coordonner-interagir**.

- L'activité d'**animer-motiver** était citée par 8 répondants (5 managers et 3 soignants). Pour 6 d'entre eux (dont 4 managers), cela se traduisait plus précisément par le fait que les managers de l'établissement prenaient en compte l'expression des personnels. Un AS expliquait ainsi la disponibilité de son cadre de santé en cas de difficulté. Ou encore un médecin rendait compte de l'écoute manifestée par la direction à l'occasion du staff hebdomadaire, permettant d'évoquer les problèmes dont ceux relatifs à la prise en charge et de prendre des décisions collégiales. Animer, motiver correspondait également pour 3 tops managers, 1 cadre de santé et

2 soignants au fait **d'impliquer les personnels dans les projets et actions liés à la sécurité**. Ils évoquaient particulièrement le rôle des managers de l'établissement pour favoriser la formation des professionnels, qu'elle soit dispensée en externe ou en interne. Cet extrait d'entretien avec le directeur illustre cela : *« Il y a des formations obligatoires telles que la prévention de la maltraitance, la prévention du risque suicidaire, pour tous les salariés les gestes et postures, ce sont des éléments fondamentaux du quotidien sur lesquels les salariés sont formés, tous les salariés sont formés tous les ans (...) l'administration aussi (...) ! Avec un programme de formation très précis, très ciblé, d'une journée. Ça permet aussi aux soignants de s'exprimer (...) »* La formation prenait également la forme de sensibilisation ponctuelle comme l'évoquait le président de la CME à propos du risque infectieux chez les patients : *« On a plus sensibilisé les équipes de soins que les patients par rapport à ce risque. On leur en parle beaucoup »*. Motiver le personnel se traduisait aussi pour le président de la CME et deux cadres de santé par le fait de **valoriser verbalement le respect des bonnes pratiques individuelles ou les réussites collectives**.

- Sept professionnels (6 managers et 1 soignant) évoquaient l'activité de **régulation**. Celle-ci se traduisait principalement par 3 actions. Pour 5 professionnels, réguler revenait à **rappeler aux personnels les règles de bonnes pratiques et les missions**. La régulation prenait aussi la forme d'une **participation à des évaluations de pratiques et compétences ou contrôler l'organisation** (n = 4). Les propos du directeur illustrent clairement cela : *« par exemple j'ai fait une descente, enfin une descente ça fait un peu police mais, voilà l'infirmier qui est dans la chambre du patient et qui a laissé le chariot dans le couloir. Donc, je suis arrivé j'ai pris un flacon d'Haldol®, j'ai attendu qu'il sorte et je lui ai dit « tenez, je vous le rends ». Donc, voilà je ne suis pas allé plus loin bien sûr, mais là il va s'en souvenir. Moi je pense que dans ce sens-là je mène la sécurité des soins. »* A propos de son activité en termes de contrôle de l'organisation, il ajoute : *« Je regarde que les portes coupe feux ne soient pas bloquées, que les escaliers soient dégagés, que les placards ne soient pas remplis de choses inflammables. Donc, ça, c'est très, très important. »*

Deux autres actions étaient attribuées aux managers dans le cadre de leur activité de régulation. Il s'agissait pour eux de **s'assurer de la mise en place des orientations**

institutionnelles (n = 1) et de **sécuriser l'intégration d'un nouveau professionnel** (n = 1).

- **Coordonner** était cité par 4 managers et 1 soignant. Cela se traduisait pour 4 professionnels par le fait de **collaborer avec les autres managers**. C'est ainsi que les entretiens rendaient compte des interactions des cadres de santé entre eux, de ces managers avec le RSI, ou encore avec les médecins référents. Par exemple, leurs collaborations s'articulaient autour de la préparation de la certification, de la prise en charge des patients ou encore du bien être au travail des soignants. Le RSI expliquait à ce propos : *« on a une certif[ication] dans 9 mois, moi toute seule je ne pourrais pas la porter ! J'ai trois filles [cadres de santé], il me les faut avec moi ! C'est elles qui sont encadrant de proximité, pour l'instant c'est elles qui sont écoutées, qui sont suivies, les agents les connaissent... »*

L'activité de coordination pouvait également prendre la forme d'interactions **avec les soignants dont les médecins** (n = 3). Ces échanges se tenaient principalement dans un cadre formalisé tel que la réunion hebdomadaire regroupant administratifs et médecins ou encore la réunion quotidienne dans le service rassemblant médecins, paramédicaux et cadres de santé.

En matière de coordination, le RSI évoquait sa **collaboration avec le service qualité et sécurité** du groupe.

Trois autres activités étaient attribuées aux managers par 4 répondants : **communiquer, décider, faire preuve d'exemplarité**.

- L'activité de **communication** se traduisait essentiellement pour les managers par le fait de **diffuser de l'information auprès des professionnels soignants** (n = 3), par exemple sur les AES comme l'expliquait le président de la CME, les « risques liés à l'activité physique » ou l'intérêt de signaler les EI comme l'évoquait le cadre de santé, **faire un retour sur les audits** réalisés dans les services (n = 1). Le RSI, le président de CME et un cadre de santé relatait également leurs actions en matière de **transmission de l'information issue du terrain, auprès de la direction**. L'extrait d'entretien avec le président de la CME illustre cela : *« (...) ce matin, j'ai croisé une infirmière qui refaisait une chambre, un lit, je me suis dit « mais qu'est-ce qu'elle fout là, est-ce qu'elle serait pas mieux en train d'animer un atelier sur les addictions ou sur*

le risque suicidaire ou sur la souffrance dépressive ? Qu'est-ce qu'une infirmière fait dans une chambre en train de faire un lit ? » Je ne sais pas, c'est une question qu'il faudrait que je pose, jeudi on a une réunion avec le directeur (...) il faudrait que j'en parle. »

Du point de vue du directeur, du RSI et de 2 cadres de santé, l'activité de **décider** revenait principalement pour eux à **participer à l'élaboration des règles** dans l'établissement. Ils citaient par exemple leur intervention dans les protocoles, dans la mise en place d'outils tels que des échelles d'évaluation de la douleur.

Seuls les décideurs relataient cette activité.

- **L'exemplarité des managers** était également mentionnée par 4 professionnels. Cette activité prenait notamment la forme d'une **participation aux instances de l'établissement** (n = 4) ou encore le fait d'assurer une suppléance afin de garantir la sécurité des prises en charge. Le RSI expliquait ainsi à propos du travail des cadres de santé : *« quand la secrétaire médicale s'en va à 16h30, ben c'est [le cadre de santé] qui récupère l'appel. Je lui ai dit « mais qu'est-ce que vous faites avec ça ? », « ah ben quand il y a un patient ou quelqu'un qui a besoin on répond » (...) le dimanche elles viennent sur site, le week-end elles sont là et le dimanche comme il n'y a personne à l'accueil, c'est elles qui font standardistes. »*

Un cadre relatait aussi **appliquer les nouvelles règles** du groupe CLINEA *« (...) au tout début où CLINEA est arrivé, c'était l'histoire de la clef des toxiques qu'il fallait impérativement que je porte toute la journée et je trouvais ça idiot (...) on a une armoire, enfin un coffre à toxiques dans l'armoire pour besoins urgents, et donc il fallait conserver impérativement cette clef, etc. Donc, j'ai mis un certain temps avant d'accepter, j'ai fini par accepter (rires). »*

Enfin, **7 activités** étaient évoquées par certains professionnels : créer-innover (n = 3) ; prendre connaissance (n = 3) par exemple de l'activité soignante ou des risques existants ; planifier les effectifs en personnels ou mouvements de patients (n = 2) ; réaliser des visites de sécurité (n = 2), avoir une activité clinique (n = 2), être en relation avec l'extérieur (n = 1), gérer les conflits (n = 1).

En considérant **l'importance accordée à chaque type d'activité selon la fonction occupée**, on constatait que **les soignants percevaient essentiellement l'activité d'animation-**

motivation des personnels chez les managers (en moyenne 4 citations par soignant). **Les managers tendaient à accorder une plus grande importance aux activités de régulation-contrôle et de coordination-interaction** (en moyenne 4 citations par manager).

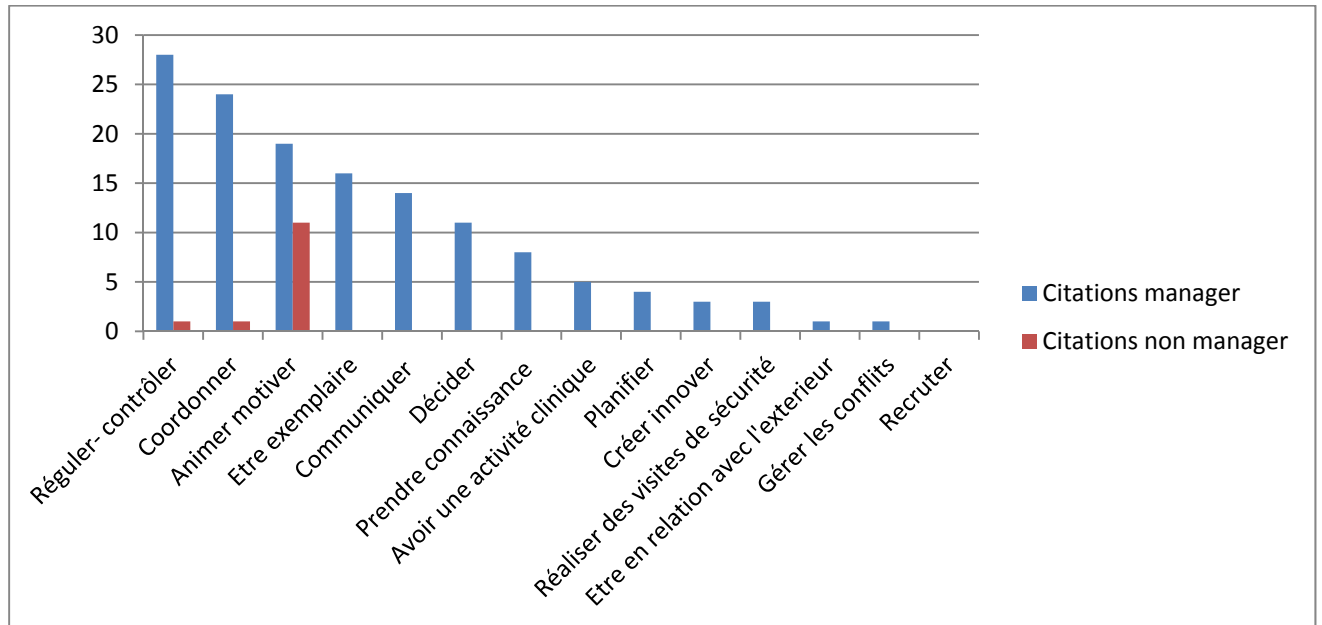


Figure 2- Importance accordée aux types d'activités selon la fonction occupée, évaluée par le nombre de citations dans les verbatims.

b. Les actions observées

Les pratiques d'un top manager (directeur) et d'un manager de proximité (cadre de santé) ont été observées, pour chacun, pendant une journée. Lors des observations, 5 activités étaient réalisées par ces 2 professionnels.

- L'activité de **communiquer** était observée chez le directeur et chez le cadre de santé. Celle-ci se traduisait, pour le top manager, par exemple, par le fait d'exposer une nouvelle méthode de travail aux médecins, ou d'expliquer la nouvelle organisation des effectifs et horaires de travail à un professionnel lors d'un entretien de renouvellement du contrat.
Quant au cadre de santé, il était par exemple observé, sur demande du directeur, lisant les fiches de signalement d'évènements indésirables à l'occasion d'un staff administratif hebdomadaire.

- **Coordonner** revenait par exemple pour les deux professionnels à **échanger avec les autres managers** à l'occasion de réunions d'instances de l'établissement telles que le CLAN. Tous deux étaient également observés dans une activité de coordination **avec les différents services de l'établissement** tels que celui des ressources humaines. C'est ainsi que le directeur collaborait avec l'assistant des ressources humaines à propos de différents dossiers tandis que le cadre coordonnait son action avec le responsable du service à propos des remplacements d'IDE. Ils pouvaient aussi collaborer avec les médecins, le secrétariat médical ou celui de direction. Le manager de proximité était également amené à travailler avec le service des admissions ou par exemple celui de l'informatique.
- **L'exemplarité** des 2 managers se traduisait par exemple par leur participation aux instances de l'établissement telles que le CLAN, la commission de restauration, le staff hebdomadaire médico-administratif.
- En matière de **prise de décision**, le directeur était amené à **définir les actions correctives** à mettre en œuvre. Par exemple, à la suite d'un événement indésirable survenu avec l'informatique, il décidait que l'informaticien de l'établissement devait former les médecins et élaborait une procédure qui serait signée par l'ensemble du corps médical. Le cadre de santé était observé, avec le RSI, **rédigeant une nouvelle procédure** d'admission des patients.
- En matière de **régulation**, le top manager et le manager de proximité **vérifiaient l'organisation, rappelaient les règles de bonnes pratiques et corrigeaient les comportements déviants**. Au cours d'une visite dans les services, le directeur pointait les manquements en matière d'hygiène. Il pouvait aussi lors d'un staff administratif rappeler au cadre de santé la planification de la mise en œuvre des actions correctives décidées après la survenue d'EI. Au cours de ce même staff, le cadre de santé rappelait aux médecins la réglementation encadrant le courrier de sortie des patients ou diffusait la procédure de demande d'un dossier d'un patient auprès des personnels.

D'autres activités étaient également réalisées par le top manager : animer-motiver, être en relation avec l'extérieur, prendre connaissance, réaliser des visites de sécurité, créer-impulser des actions ou encore planifier.

En matière **d'animation-motivation**, il favorisait l'implication des personnels dans une démarche de sécurisation des soins. Par exemple, il cherchait à sensibiliser un IDE à la pertinence des messages délivrés aux usagers par le biais des affichages dans le service. Ou encore, il était observé échangeant avec un agent autour des aménagements de son poste. Ce top manager était aussi observé **en relation avec des acteurs extérieurs** tels que la gendarmerie et un médecin du conseil de l'ordre des médecins dans le cadre de la réquisition du dossier d'une patiente disparue depuis un an. **S'informer, prendre connaissance** était une activité réalisée par le directeur qui était observé s'informant du taux d'occupation de la clinique auprès d'un agent administratif dans un souci d'améliorer la performance de la structure. Enfin, le directeur **réalisait des visites de sécurité** afin de vérifier par exemple l'hygiène des locaux ou résoudre les difficultés identifiées par les équipes.

En parallèle, le cadre de santé, dans une activité de **planification**, était observé gérant le remplacement d'un arrêt maladie.

A RETENIR

- **Trois activités principales** étaient attribuées aux managers de l'établissement par plus de la moitié des professionnels interrogés : **animer-motiver ; réguler-contrôler ; coordonner.**
- **Deux de ces activités étaient également observées** chez le directeur et un cadre de santé : coordonner ; réguler- contrôler.
- **L'action d'animer-motiver** n'était observée que chez le directeur.
- Les cadres de santé étaient perçus comme centraux dans la coordination des actions en matière de sécurité.
- Les soignants percevaient essentiellement l'activité d'animation- motivation des personnels.

La partie suivante propose de rendre compte du soutien des supérieurs hiérarchiques perçu par les professionnels en matière de sécurité.

6. Le soutien perçu des supérieurs hiérarchiques

Quatre professionnels se sont exprimés sur ce sujet : 3 managers (le directeur et 2 cadres) et 1 soignant.

Le soignant évoquait sa satisfaction quant au soutien qu'il percevait de ses supérieurs. Il précisait se sentir **écouté en cas de difficultés**.

Les deux cadres se montraient plus mitigés. Ils exprimaient globalement leur satisfaction notamment quant au soutien de leur supérieur direct. Ils évoquaient **une solidarité mutuelle** vis-à-vis de la direction dans les situations problématiques. L'un d'eux disait à ce propos : *« (...) avec [la cadre/RAQ] on a de très, très bons rapports. On essaie justement d'être une équipe très soudée, de se dire les choses quand ça ne va pas, éviter qu'après ça aille plus haut, ça dégénère. »*. Cependant, ils identifiaient aussi des points d'amélioration. Les deux managers formulaient un **manque de valorisation du travail réalisé ou de reconnaissance de leur investissement** permettant le bon fonctionnement de l'établissement. L'un expliquait ainsi : *« (...) Quand c'est mal fait, (...) on va le dire (...) on va vous tomber dessus, mais après quand quelque chose est bien fait et que les conséquences sont plutôt positives, les gens ont du mal à vous dire que c'est bien fait. (...) je fonctionne beaucoup à l'affect, et c'est vrai que ça c'est quelque chose qui de temps en temps me ferait du bien ! »*

Le directeur exprimait également un manque de soutien de la part des responsables de CLINEA en matière de valorisation du travail réalisé.

Un des cadres évoquait aussi **l'insuffisance des ressources humaines** et par conséquent la charge de travail incombant aux professionnels de l'établissement, et notamment au manager de proximité.

L'autre cadre de santé rendait compte du fait qu'il était amené à assurer des activités en dehors de ses missions (secrétariat, accueil, gestion des risques, mise en place du logiciel de restauration, etc.).

En parallèle, ce cadre de santé évoquait le soutien dont il bénéficiait de la part des patients.

A RETENIR

- Pour 3 professionnels, le sentiment d'être soutenus par leurs supérieurs hiérarchiques reposait sur **l'écoute en cas de difficultés et la solidarité dans les situations problématiques**.
- Trois managers rendaient cependant compte du manque de valorisation de leur travail et du manque de reconnaissance de leur investissement.
- Un cadre exprimait sa satisfaction à être **soutenu par les patients** en cas de difficultés.

La septième partie invite à rendre compte des attentes des soignants en matière de sécurité vis-à-vis des supérieurs hiérarchiques.

7. Les attentes des soignants en matière de sécurité vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques

Des 3 soignants seul 1 aide-soignant s'est prononcé sur ce sujet dans la mesure où les 2 médecins interrogés n'ont pas identifié de supérieur hiérarchique. Et un seul manager (RSI) s'est également prononcé sur les attentes perçues des soignants.

Types d'attentes	Attentes déclarées par les soignants	Attentes perçues par les managers
Bénéficiaire de formations	x	
Etre soutenu en cas de difficulté	x	
Transmettre l'information à la direction		x

Figure 4 - Les attentes des soignants vis à vis de leurs supérieurs hiérarchiques.

L'aide-soignant formulait deux attentes vis-à-vis du RSI, son supérieur hiérarchique : **bénéficiaire de formations sur le médicament, comme il expliquait : « (...) des fois on aide l'infirmière à donner les médicaments ça serait bien qu'on sache effectivement ce qu'on lui donne, ou les gouttes qu'on lui a donné. »**

Une seconde attente exprimée par l'aide-soignant était celle **d'être soutenu en cas de difficultés**. Cet extrait d'entretien illustre cela : « *Si j'étais en difficulté, je pense [que le RSI] serait là effectivement* »

Le RSI percevait une seule attente des soignants. De son point de vue, les personnels attendaient de lui qu'il **rende compte au directeur de leur souffrance**.

A RETENIR

- Deux attentes exprimées par un soignant : bénéficiaire de formations, être soutenu en cas de difficultés.
- Une attente perçue par le RSI non déclaré par le soignant : rendre compte au directeur des difficultés rencontrées.

Dans cette dernière partie, nous proposons une présentation des résultats issus du questionnaire de climat de sécurité.

8. Le climat de sécurité des soignants

Echantillon

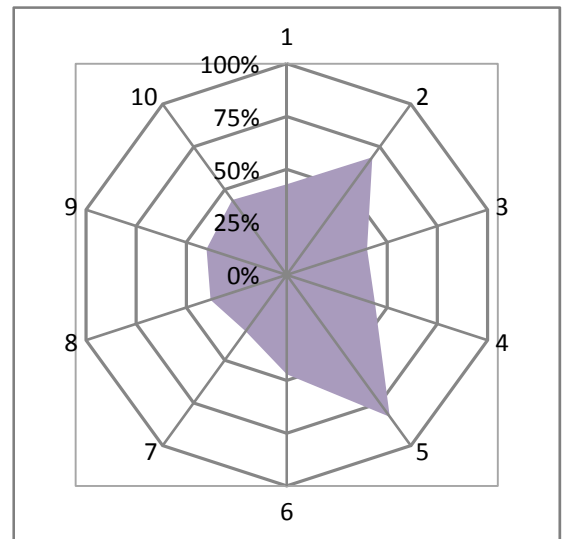
Parmi les 24 professionnels tirés au sort, 15 (62 %) ont répondu au questionnaire. Onze questionnaires ont été remplis en totalité et 4 partiellement.

Les caractéristiques des répondants étaient les suivantes : 9 travaillaient à la clinique depuis au moins trois ans, et 8 dans leur service depuis au moins trois ans. Onze exerçaient leur activité à temps plein dans leur service.

En matière de gestion des risques, 7 répondants ont participé ou participaient à une structure ou un comité en lien avec cette thématique (CLIN, CLUD, vigilances sanitaires, COMEDIMS, etc.).

Les dix dimensions de la culture de sécurité explorées

Dimensions	Score
1. Perception globale de la sécurité	43 %
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	69 %
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques	40 %
4. Organisation apprenante et amélioration continue	44 %
5. Travail d'équipe dans le service	83 %
6. Liberté d'expression	47 %
7. Réponse non punitive à l'erreur	33 %
8. Ressources humaines	38 %
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	40 %
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	44 %



Globalement, la culture de sécurité était **peu développée**.

Une seule dimension avait un **score supérieur à 75 %** :

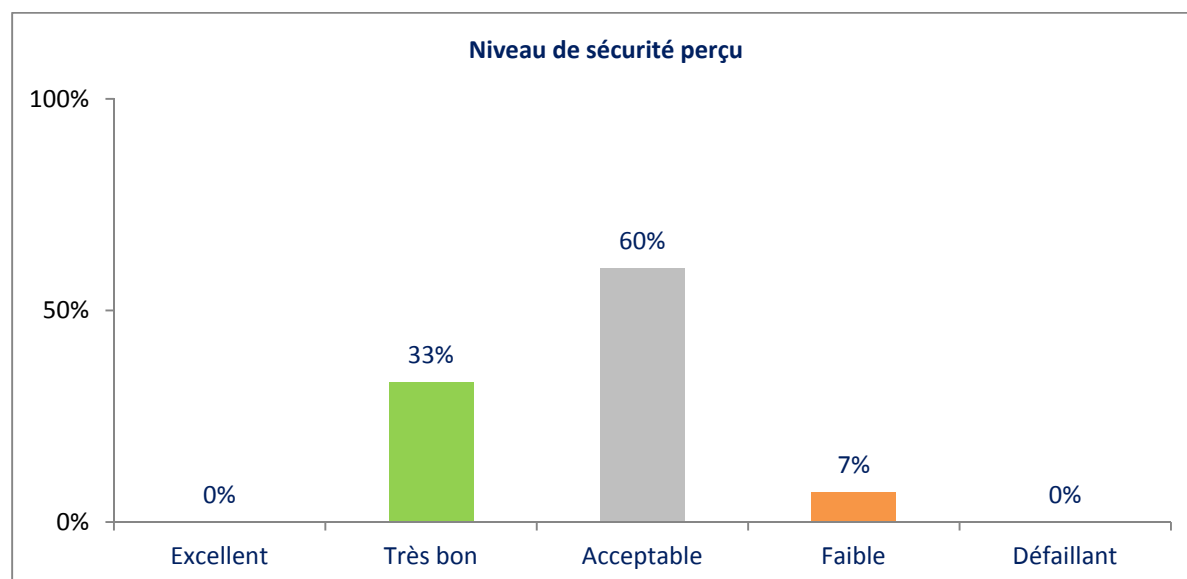
- **Le travail d'équipe dans le service** : avec des réponses favorables pour le soutien mutuel des personnes dans le service, les efforts en équipe en cas de charge de travail importante, le respect des autres professionnels, l'amélioration des pratiques au contact des collègues.

Huit dimensions étaient peu développées et **pourraient être améliorées en priorité** :

- **La perception globale de la sécurité** : avec surtout des réponses défavorables pour la sécurité négligée au profit d'un rendement plus important ;
- **Les attentes et actions des supérieurs hiérarchiques** : avec surtout des réponses défavorables pour l'expression par le supérieur hiérarchique immédiat de sa satisfaction pour un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins ;

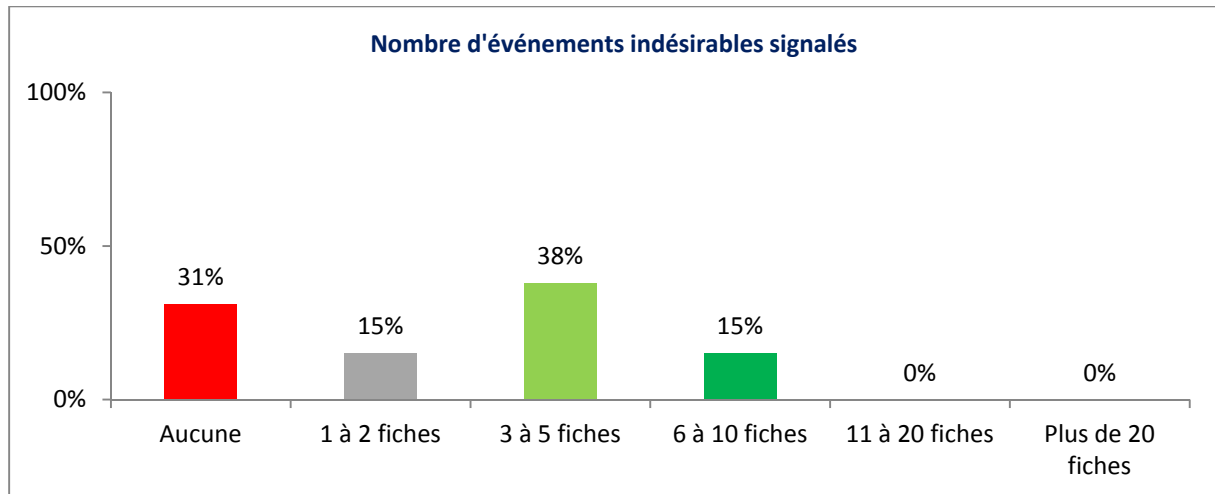
- **L'organisation apprenante et amélioration continue** : avec surtout des réponses défavorables pour le retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un évènement ;
- **Liberté d'expression** : avec surtout des réponses défavorables sur la liberté de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs ;
- **La réponse non punitive à l'erreur** : avec surtout des réponses défavorables pour le personnel qui a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées ;
- **Les ressources humaines pour la sécurité des soins** : avec surtout des réponses défavorables pour l'adaptation du personnel pour faire face à la charge de travail, et le travail en mode de crise ;
- **Le soutien du management** : avec surtout des réponses défavorables pour l'instauration par la direction de l'établissement d'un climat de travail favorable à la sécurité des soins ;
- **Le travail d'équipe entre les services de l'établissement** : avec surtout des réponses défavorables pour la coordination des services les uns avec les autres et les dysfonctionnements lors de transferts de patients d'une unité à l'autre.

Le niveau de sécurité des soins perçu dans le service



Cinq professionnels percevaient le niveau de sécurité dans leur service comme très bon et 9 comme acceptable.

Le nombre d'événements indésirables signalés au cours des 12 derniers mois



Neuf des 13 répondants déclaraient avoir rempli une ou plusieurs fiches de signalement dans les 12 derniers mois.

IV. CONCLUSIONS ET PRECONISATIONS

Les résultats de la mesure du climat de sécurité des soignants témoignent d'une culture de sécurité peu développée au niveau de l'établissement, avec un niveau de sécurité perçu dans leur service comme seulement acceptable par 60 % des répondants. Il est à noter un taux de participation acceptable à cette enquête, ce qui indique un certain intérêt des professionnels sollicités pour ce projet et sa thématique.

Une seule dimension du climat de sécurité est développée : le travail d'équipe dans le service. Huit dimensions sont peu développées avec des scores variant de 33 % à 47 %. Plusieurs de ces dimensions sont très liées au rôle des managers comme les attentes et actions des supérieurs hiérarchiques, la liberté d'expression, la réponse non punitive à l'erreur, les ressources humaines, le soutien du management, le travail d'équipe entre les services. La dimension la moins développée était celle de la réponse non punitive lors de la survenue d'erreurs. Ceci peut freiner le signalement d'événements indésirables ; près d'un tiers des répondants au questionnaire sur le climat de sécurité indiquaient n'avoir déclaré aucune fiche de signalement des événements indésirables dans les douze derniers mois. Le manque de retour d'informations exprimé par les professionnels sur les actions mises en

place suite au signalement d'un événement peut limiter le développement d'une organisation apprenante.

Le rôle des managers a probablement contribué à commencer à développer une culture de sécurité par l'engagement institutionnel en matière de sécurité et l'utilisation de la certification comme levier d'amélioration. Les réponses apportées aux réserves et recommandations de la HAS lors de la dernière certification montrent qu'il existe une culture réactive.

Plusieurs actions des managers peuvent contribuer au développement d'une culture de sécurité, en particulier celles visant à impliquer, à contrôler, à coordonner, à communiquer, à décider, à être exemplaire sur la sécurité. Réguler et contrôler tiennent une place importante dans l'activité des managers, en particulier dans celle du directeur de l'établissement. Il est à noter la concordance entre plusieurs actions déclarées par les managers et celles observées par les sociologues de l'étude. Mais le soutien des managers était jugé insuffisant par 40 % des répondants au questionnaire sur le climat de sécurité. Trois managers se plaignaient aussi du manque de valorisation de leur travail et de reconnaissance de leur investissement.

Plusieurs résultats de l'étude qualitative peuvent expliquer le potentiel d'amélioration de la culture de sécurité : une vision protéiforme de la sécurité, la perception par plusieurs professionnels vus en entretien d'un niveau de sécurité rassurant dans l'établissement, plusieurs attentes de soignants vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques non perçues par les managers (bénéficiaire de formations, être soutenu en cas de difficultés).

Les cadres de santé ont un rôle important dans l'établissement pour la coordination des actions d'amélioration de la sécurité.

La restructuration de l'établissement, la réorganisation de la gestion des risques, l'appartenance à un groupe national et son soutien sont des opportunités pour développer la culture de sécurité. Cependant, il faudra veiller que la sécurité ne soit pas négligée au profit d'un rendement plus important.

Les managers pourront s'appuyer sur plusieurs atouts pour développer la culture de sécurité (voir tableau ci-dessous). Les actions à mettre en place devront viser à réduire les faiblesses actuelles.

ATOUTS

GOUVERNANCE

- Le rachat de la clinique par un groupe national avec une réorganisation des structures dédiées à la GDR et favorisant la formation des personnels.
- La certification comme levier d'amélioration.

CULTURE DE SECURITE OPERATIONNELLE

- Existence d'un staff médico-administratif hebdomadaire.
- La sécurité le plus souvent définie à travers **la sécurité des personnes et les pratiques et attitudes professionnelles.**
- **Une priorité** accordée par la moitié des répondants aux **risques pour les patients** (principalement le risque de décès).
- **La priorisation des risques basée essentiellement sur la difficulté à maîtriser ces risques.**
- **Perception positive du niveau de sécurité de l'établissement** par la majorité des professionnels.

FAIBLESSES

GOUVERNANCE

- Peu de documents accessibles au moment de l'étude : projet d'établissement, projet d'actions en GDR, projet médical et projet de soins, plan et bilan de formation 2013 et 2014.

CULTURE DE SECURITE OPERATIONNELLE

- Décalage entre les dimensions peu développées de la mesure du climat de sécurité et les propos relativement positifs des professionnels lors des entretiens.
- Importance particulière donnée **aux risques professionnels** seulement par **deux managers et un soignant.**
- **Attentes déclarées par les soignants non perçues par les managers** : bénéficiaire de formations, être soutenu en cas de difficulté.
- **Manque de valorisation de leur travail et manque de reconnaissance** de leur investissement exprimés par 3 managers.

- **Une bonne gestion des EI, un sentiment personnel de sécurité au travail, l'existence d'une solidarité interprofessionnelle, l'existence d'une dynamique de GDR et des améliorations notables en sécurité,** régulièrement cités pour justifier cette perception.
- Deux des trois principales activités attribuées aux managers (**coordonner ; réguler-contrôler**) également observées chez le directeur et un cadre de santé.
- Pour 3 professionnels, sentiment d'être **soutenus par leurs supérieurs hiérarchiques**, grâce à **l'écoute en cas de difficulté et la solidarité dans les situations problématiques.**
- **Satisfaction d'un cadre à être soutenu par les patients** en cas de difficulté.

OPPORTUNITES

- Opportunité d'évolution pour l'établissement liée à l'achat par un groupe national.

MENACES

- Risques d'épuisement des équipes et de résistance au changement liés aux nombreuses évolutions dans l'établissement depuis l'achat de l'établissement par un groupe national.