

Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai.
Enseignement Supérieur Paramédical.
Cadres en soins de santé.

« Enregistrement et analyse des événements indésirables :
levier pour une amélioration de la sécurité du patient ? »

Présenté par Vandenberghe Débora
En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire 2008-2009

Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai.
Enseignement Supérieur Paramédical.
Cadres en soins de santé.

« Enregistrement et analyse des événements indésirables :
levier pour une amélioration de la sécurité du patient ? »

Présenté par Vandenberghe Débora
En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire 2008-2009

Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication,
l'entraide et la solidarité visant à un but commun :
l'épanouissement de chacun dans le respect des différences.

Françoise Dolto

**Nous remercions toutes les personnes
qui ont contribué de près ou de loin
à la réalisation de ce travail.**

Table des matières :

| | |
|---|---------------|
| Introduction. | Pages 1 - 4 |
| Motivation | Page 5 |
| Méthodologie | Pages 6 - 7 |
| Objectifs généraux de ce travail | Page 7 |
| | |
| 1. Le contrat Qualité et sécurité du patient, analyse macroscopique. | Pages 9 - 21 |
| 1.1. L'origine du projet au niveau belge. | Pages 9 -10 |
| 1.2. Le contenu du projet. | Pages 10 -15 |
| 1.3. Organigramme des intervenants pour le projet patient safety. | Page 16 |
| 1.4. Le financement du contrat patient safety. | Pages 16 -17 |
| 1.5. Les différentes dimensions du contrat. | Pages 17 - 21 |
| | |
| 2. La mesure de la culture sécurité du patient, analyse mésoscopique. | Pages 23 - 37 |
| 2.1. Définition et explication du concept de la culture sécurité. | Page 23 |
| 2.2. L'outil de mesure, le questionnaire. | Pages 23 - 24 |
| 2.3. Analyse de l'outil et de la méthodologie employée pour la mesure de la culture de la sécurité. | Pages 24 - 28 |
| 2.3.1. La méthodologie préconisée par le SPF santé publique. | Pages 25 - 26 |
| 2.3.2. La méthodologie employée pour cette mesure dans l'institution. | Pages 26 - 28 |
| 2.3.3. Critères d'exclusion des questionnaires complétés. | Page 28 |
| 2.4. Résultats obtenus par l'enquête et profil des répondants. | Pages 28 - 31 |
| 2.5. Conclusions de l'enquête. | Pages 31 - 32 |
| 2.6 Etude des questions de l'enquête concernant notre constat. | Pages 33 - 37 |
| 2.6.1. Questions se rapportant à notre étude. | Pages 33 - 34 |
| 2.6.2. Analyse des résultats de l'enquête. | Page 34 - 37 |
| 2.6.2.1. Les membres de l'équipe ont l'impression que leurs erreurs sont utilisées contre eux. | Pages 34 - 35 |
| 2.6.2.2. Quand un incident est signalé, le coupable est recherché mais pas la cause. | Pages 35 - 36 |
| 2.6.2.3. Les membres de l'équipe s'inquiètent du fait que leurs erreurs puissent figurer dans leurs dossiers. | Pages 36 - 37 |

| | |
|--|---------------|
| 2.6.3. Commentaires sur l'analyse des trois questions ayant conduit au constat choisi. | Page 37 |
| 3. Analyse microscopique du sentiment de répression face à l'erreur. | Pages 38 - 69 |
| 3.1. L'outil d'enregistrement et sa création. | Pages 39 - 51 |
| 3.1.1. Origine de la fiche de déclaration d'évènements indésirables. | Pages 40 - 43 |
| 3.1.2. Contenu de la fiche de déclaration d'évènements indésirables. | Pages 43 - 46 |
| 3.1.3. Information et formation de la fiche de déclaration d'évènements indésirables. | Pages 46 - 49 |
| 3.1.4. Résultats après six mois de mise en place. | Pages 49 - 51 |
| 3.2. Analyse du sentiment de peur et de répression. | Pages 51 - 56 |
| 3.2.1. La sanction face à la loi. | Pages 52 - 53 |
| 3.2.2. L'erreur humaine et les facteurs qui conduisent à la survenue d'une erreur | Pages 53 - 56 |
| 3.3. Théories démontrant l'importance d'analyser les évènements indésirables. | Pages 57 - 69 |
| 3.3.1. Stratégies visant à réduire les erreurs. | Pages 56 - 60 |
| 3.3.2. Le modèle de causalité. | Pages 60 - 62 |
| 3.3.3. Le modèle de Reason. | Pages 62 - 67 |
| 3.3.4. L'effet papillon. | Pages 67 - 69 |
| Conclusion | Pages 70 - 71 |
| Perspectives | Page 72 |
| Annexes | Pages 74 - 92 |
| Lexique et glossaire | Pages 93 - 96 |
| Bibliographie | Pages 97 - 98 |
| Quatrième de couverture | |

Introduction.

Après avoir passé en revue la littérature, certains documents concernant les soins de santé dispensés dans les institutions hospitalières mettent en évidence le fait que, ces dernières années, la sécurité¹ des patients a fait l'objet d'une attention particulière tant au niveau national qu'international. Cette attention est prise en compte par les responsables des institutions et par les dirigeants responsables de la santé.

Selon la traduction dans « *Praktijkboek² patientveiligheid* » Monsieur J Van Everdingen entend par sécurité du patient : « ... *l'absence quasi-totale de risque de préjudice physique et ou psychique subi par le patient en raison du non respect des normes professionnelles par les prestataires de soins et/ou de déficiences du système de soins...* »

Selon cette étude, toutes les personnes ayant un lien avec la santé, en tant qu'acteurs de soins ou en tant que bénéficiaires de soins, sont conscientes qu'il est légitime de recevoir ou de dispenser des soins de qualité.

En Belgique, l'analyse des données du Résumé Clinique Minimum (RCM) de l'année 2000 a permis de mettre en évidence des dommages tels que des escarres de décubitus, des infections de plaies en post opératoire, etc. Il a été démontré qu'au moins un incident se produit au cours de l'hospitalisation chez 6,32 % des patients chirurgicaux et chez 7,12 % des patients non chirurgicaux.

Un article de presse publié le 19 janvier 2007 dans différents journaux³ déclare que 1500 personnes décèdent chaque année dans nos hôpitaux des suites d'un évènement indésirable. Monsieur Baudouin Byl⁴, explique qu'aucun recensement officiel n'a encore été effectué et qu'il faut être prudent avec un tel chiffre qui émane d'extrapolation suite à des études américaines.

La valeur annoncée est interpellante mais pour pouvoir faire une analyse complète, il serait intéressant de la comparer avec le nombre de vies sauvées durant un an.

¹ Définition page 94 de ce travail.

² VAN EVERDINGEN J.J.E., *Praktijkboek patientveiligheid*, Uitgeverij Bohn Stalgleu Van loghum, 2006, pp.29-39.

³ L'Avenir, Le Jour et Le Courrier de l'Escaut.

⁴ Médecin hygiéniste à l'hôpital Erasme de Bruxelles

Il ne faut pas oublier qu'en médecine le risque zéro n'existe pas. Il nous semble que parfois certaines conséquences sont inévitables malgré toutes les précautions prises. Malgré l'investissement humain, matériel et financier, certains aléas thérapeutiques font partie de l'évolution de la pathologie du patient et non d'un manquement au niveau de la sécurité du patient.

Après avoir réalisé un état des lieux dans quelques hôpitaux belges en y mesurant la perception du personnel relative à la sécurité du patient, le Service Public Fédéral SPF⁵ santé publique a décidé de mener des actions et de mettre en place un projet national visant à rendre les soins de santé de plus en plus sûrs dans nos institutions de soins.

Pour initier ce projet, une enquête sur la culture : « sécurité du patient⁶ » a été menée dans chaque institution participante. Autrement dit et comme le précise le document édité par le SPF santé publique qui s'intitule « Eléments des contrats de coordination pour la qualité et la sécurité des patients »⁷, le but de cette enquête est de réaliser une autoévaluation de la culture de la sécurité des patients de chaque institution participante et de tenter de mesurer les compétences et les connaissances de chaque membre du personnel par rapport à ce thème. Cette enquête demande à chaque membre du personnel qui, de par sa pratique, a des contacts avec les patients, de répondre à un questionnaire traitant de différents thèmes directement liés à la sécurité du patient au sein de l'institution de soins dans laquelle il exerce.

Les hôpitaux faisant partie depuis peu du Centre Hospitalier de la Wallonie Picarde (CHWAPI)⁸, le regroupement ayant eu lieu le 1^{er} janvier 2009, ont décidé de s'impliquer dans ce projet. Un contrat patient safety a été élaboré pour les hôpitaux psychiatriques mais nous avons décidé de ne pas investiguer celui-ci.

Notre choix a été de réaliser le travail de fin d'études dans l'institution dans laquelle nous exerçons ; ce qui peut constituer une limite de ce travail et nous en sommes bien conscients. En effet, cela peut créer un biais majeur car cette situation laisse peu de place à l'objectivité face à ce projet. Ce travail a, si ce biais n'est pas pris en considération, de gros risques d'être institutionnel. Il faudra en tenir compte tout au

⁵ Explication page 94 de ce travail.

⁶ Notons que durant ce travail "la sécurité du patient", "sécurité patients" et " patient safety » sont synonymes.

⁷ <https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/1/9562006.PDF>

⁸ Explication page 94 de ce travail.

long de la réalisation de ce travail. Cette approche concerne un hôpital. Faire une comparaison avec une autre institution aurait été possible et intéressante mais notre choix en a été autrement. Néanmoins, le fait de choisir l'institution dans laquelle nous travaillons comme lieu de recherche nous permet d'être particulièrement tenue au courant des informations et de leur diffusion.

Nous avons donc été séduits par le projet et nous avons pris conscience du bouleversement que celui-ci pouvait engendrer dans une institution hospitalière. Le cadre hospitalier est au centre de cette démarche. Il est le relais entre les équipes soignantes et le cadre chargé de la qualité dans l'institution qui coordonne ce projet. La gestion de la sécurité du patient et les mesures qui en découlent sont en parfaite concordance avec les différents objectifs du cadre en soins de santé⁹. En effet, il est du devoir du cadre de :

- Augmenter la qualité des soins dispensés aux patients ;
- Réduire à des limites plus acceptables la survenue d'évènements indésirables et les effets qui en émanent ;
- Prévenir les procédures en justice dues à des pratiques inadaptées ou mal adaptées effectuées par les professionnels de la santé ;
- Réduire les conséquences économiques causées par une mauvaise gestion de la sécurité du patient.

En tant que futur cadre, il est pour nous impératif de s'intéresser à ce projet. Suite aux résultats de cette enquête dans l'institutions choisie pour notre travail, nous allons mettre en lumière une problématique et la développer.

Outre la limite institutionnelle dont nous vous parlions précédemment, il existe d'autres limites.

Une d'entre elles présente dans ce travail est que la partie pratique de celui-ci n'a pas été réalisée uniquement par nos soins. Cette partie est née d'une étroite collaboration entre l'équipe chargée de la qualité dans l'institution choisie et nous. Nous avons choisi de ne plus refaire de partie pratique réalisée par nos soins.

⁹ http://www.afgris.asso.univ-paris7.fr/archives/2-1_V_MOUNIC.pdf

Nous avons participé à la première phase de la mise en place du contrat « patient safety » dans notre établissement. Cela consiste à mesurer la perception du personnel face à la culture de la sécurité du patient grâce à un questionnaire.

Suite au dépouillement du questionnaire, nous avons pu mettre plusieurs constats en évidence. Un des résultats issu de l'enquête est que le personnel a peur des représailles lors de la déclaration d'un évènement indésirable ; ce qui a particulièrement retenu notre attention et qui a été à la base de notre réflexion.

Une autre phase du contrat est de créer dans l'institution un outil de récolte d'évènements indésirables. Ceci est primordial dans la gestion de la sécurité des patients puisque les évènements indésirables peuvent nuire à la prise en charge des patients et leur causer des dommages. Ils peuvent également être à la base de contentieux entre l'institution, les patients et leurs familles¹⁰.

C'est à partir de là que notre problématique est née : « un outil permettant la déclaration des évènements indésirables est mis en place alors que l'enquête démontre que les membres du personnel redoutent que les erreurs déclarées puissent figurer dans leurs dossiers ».

C'est sur ce thème que nous allons tenter de mener une réflexion.

¹⁰ http://bourgogne.sante.gouv.fr/veille-alerte-securite-sanitaire/vigilance-gestion-des-risques/ppt/CHALON_GDR_2006.ppt

Motivations.

Lors de notre stage réalisé au cours de notre deuxième année d'étude de cadre en soins de santé, nous avons été sensibilisés par le travail du coordinateur de qualité en milieu hospitalier.

Cela nous a incité à nous intéresser aux « projets qualité » développés au sein des institutions et aux moyens mis en oeuvre pour atteindre les objectifs visés par le coordinateur qualité. Ceci en vue d'améliorer et de comparer la qualité et la sécurité des soins dispensés dans son institution.

Nous avons souhaité nous intéresser à l'implication d'un cadre face à la mise en place du contrat « patient safety » proposé par le SPF dans une institution hospitalière. Nous avons été interpellés par l'existence de ce contrat et nous avons souhaité suivre l'évolution de la mise en route du projet, tout en prenant de la hauteur afin de garder un esprit critique.

Nous allons, dans cet écrit, mettre en valeur une double sensibilisation D'une part, une sensibilisation au travail de cadre évoluant dans un milieu hospitalier et d'autre part une approche visant à une amélioration de la qualité des soins en milieu hospitalier grâce à la mise en place de projets. Toute cette dynamique tente d'améliorer la sécurité du patient lors d'un séjour en milieu hospitalier et cela nous intéresse beaucoup.

Méthodologie :

Notre travail nous amène à réaliser des choix stratégiques et méthodologiques. Voici la méthodologie suivie :

Dans la première partie de notre étude, nous allons expliquer, et décrire sans trop entrer dans les détails ce que le Ministère propose aux hôpitaux : les délais à respecter, la manière de procéder pour remplir le contrat, les lignes directrices du contrat.

Ce qui nous amène à la réalisation d'une étude macroscopique, c'est-à-dire une étude très vaste du projet patient safety proposé par le SFP santé publique. Cette étude sera, comme l'indique le mot macroscopique, une approche que l'on effectue sans rentrer dans les détails, une vision globale du projet.

Dans la deuxième partie, il nous semble intéressant de nous pencher sur ce qui est réalisé sur le terrain, en entrant un peu plus dans les détails de la mise en place de ce projet. Une fois le projet initié dans les hôpitaux, il y a des phases à respecter dont nous vous parlerons ultérieurement.

Premièrement, nous avons décidé de cibler notre recherche au niveau de la première phase du contrat. Le cadre de soins de santé qui sommeille en nous a été séduit par la mesure de la culture de la sécurité du patient dans son institution. Nous nous sommes alors intéressés à la méthodologie imposée par le SPF santé publique. Cette phase est primordiale car elle conditionne la mise en place des projets. Il s'agira alors de pointer du doigt la méthode utilisée dans l'institution pour réaliser cette mesure et d'en tirer quelques chiffres parlants pour établir un constat.¹¹ Nous allons ensuite tenter d'établir un lien entre le constat résultant de la mesure de la culture de la sécurité du patient et la première démarche imposée par le SPF santé publique aux institutions participant à ce projet. Cette étape consiste à mettre en place un outil de déclaration d'évènements indésirables. Nous pensons qu'un cadre en soins de santé a tout à gagner et qu'il a un rôle important à jouer pour la réussite de ce type de projet.

La seconde phase fait alors partie d'une approche mésoscopique, ce qui signifie que notre recherche sera effectuée sur un thème ciblé du projet retenu pour notre étude

¹¹ Définition page 94 de ce travail.

de départ. Cette étape intermédiaire se focalisera sur un thème de manière plus précise que dans la première partie de notre travail. Comme nous pouvons le remarquer dans le plan de cette étude, cela constitue la phase intermédiaire entre l'étude macroscopique et microscopique.

Dans la troisième partie, nous ciblerons notre intervention et notre analyse sur une problématique particulièrement précise et développée sur base de l'exploitation des résultats obtenus grâce à l'enquête réalisée au sein de l'institution. Cette problématique sera décomposée et nous parlerons alors d'une étude microscopique ce qui signifie que cette partie sera plus précise dans son analyse et rentrera plus dans les détails au niveau de notre approche.

Objectifs généraux de ce travail :

- ◆ découvrir le contrat « patient safety » prôné par le SPF dans ses généralités.
- ◆ présenter les différents piliers de ce contrat et privilégier une étape en vue d'en faire une analyse plus approfondie.
- ◆ analyser la première phase de la mise en place du contrat c'est-à-dire la mesure de la culture sécurité du patient dans son institution grâce au questionnaire « patient safety » imposé par le SPF.
- ◆ dégager une problématique¹² suite à l'analyse des réponses obtenues par le questionnaire déposé dans l'institution choisie.
- ◆ réaliser une étude approfondie de cette problématique.

¹² Définition page 95 de ce travail.

1. Première partie

Le contrat Qualité et sécurité du patient, analyse macroscopique.

- L'origine du projet.
- Le contenu du projet.
- Organigramme des intervenants pour le projet patient safety.
- Le financement du contrat « patient safety ».
- Les différentes dimensions.

1.1. L'origine du projet au niveau belge.

Une étude réalisée en 2000 par le Ministère de la Santé Publique montre que 7,12% des patients hospitalisés en médecine sont victimes d'un évènement indésirable, pour 6,32% des patients hospitalisés en chirurgie. Les pourcentages mentionnés ci-dessus ne font pas l'objet d'une analyse plus profonde dans ce travail. Ils démontrent simplement que notre activité peut, dans certains cas, être dommageable pour la santé du patient.

En 2004, la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité et Santé¹³ déclare que le pourcentage d'évènements indésirables oscille entre 6 à 10% des patients hospitalisés.

Pour les autorités sanitaires belges, il est apparu évident que la sécurité du patient devait faire l'objet d'une campagne nationale. Le Ministère de la Santé Publique a désiré cibler les erreurs survenues lors d'une hospitalisation dans le but d'améliorer la sécurité du patient.

Suite à des erreurs, une responsabilité individuelle peut être dégagée. Néanmoins, le SPF santé publique souhaite développer une approche collective en ciblant tout le personnel hospitalier avec un objectif commun : une approche d'amélioration de la qualité.

Une sensibilisation du personnel à cette problématique s'est faite au travers d'une campagne de sensibilisation nommée « éviter l'évitable ». Le but essentiel de celle-ci était de faire comprendre aux différents acteurs de terrain qu'il est important de déclarer tout évènement indésirable¹⁴ survenu au cours de l'hospitalisation afin de les utiliser comme levier pour évoluer et éviter que cela ne se reproduise à l'avenir. Nous entendons par « évènement indésirable » toute situation s'écartant des procédures ou des résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages pour le patient.

Suite à cette campagne, le Ministère a développé et proposé le contrat pluriannuel «patient safety » qui se déroule durant les années 2007-2012. Un des premiers éléments de ce contrat est la réalisation d'une mesure de la sécurité du patient pour tous les secteurs de soins à l'aide d'un instrument standardisé.

¹³ CIPIQS explication page 95 de ce travail.

¹⁴ Définition page 95 de ce travail.

Les objectifs¹⁵ élaborés par les autorités fédérales sont:

- ◆ *de comprendre l'attitude des médecins et collaborateurs envers la sécurité des patients ; explorer la culture en matière de sécurité des patients.*
- ◆ *de comprendre l'appréhension des incidents (évités) et la volonté des médecins et collaborateurs de les signaler.*
- ◆ *de sensibiliser les collaborateurs et médecins en diffusant le questionnaire dans tout l'hôpital et en discutant des résultats de cette mesure.*
- ◆ *A l'avenir : au moyen d'une mesure répétée sur quelques années, suivre l'évolution de la culture sécurité et observer le cheminement du comportement des différents collaborateurs quant au signalement des incidents.*

L'institution dans laquelle notre étude a été menée a engagé un coordinateur qualité depuis avril 2008 et a décidé de participer à ce projet. Elle a mis tout en œuvre pour que le projet soit rapidement appliqué.

1.2. Le contenu du projet.

C'est à la suite d'une impulsion nationale et européenne , dans laquelle la Belgique a trouvé une place de choix, que le Ministère de la Santé Publique s'attelle depuis quelques années à la réalisation d'actions ayant pour objectif d'améliorer la sécurité des soins dispensés en milieu hospitalier. C'est à cet égard que durant l'année 2007, les hôpitaux belges ont été invités par le Ministère à participer au contrat « patient safety ». Celui-ci est proposé aux hôpitaux et consiste à une collaboration entre le SPF santé publique et l'institution hospitalière.

Il est fondé sur des conditions particulières qui doivent être respectées par chacune des parties. D'une part les institutions doivent répondre dans les temps imposés aux requêtes exigées par le Ministère. D'autre part, l'autorité fixera un financement par hôpital. Ce montant nous le détaillerons au cours du point traitant du financement.

A la base de ce contrat, le SPF santé publique a établi un document dans lequel nous retrouvons les piliers du plan pluriannuel ainsi que les grandes lignes des actions à suivre chaque année. Chaque institution va, grâce au questionnaire imposé

¹⁵ https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,15762538&_dad=portal&_schema=PORTAL rapport culture de sécurité (p.d.f) p.6.

par le SPF santé publique, mesurer et comparer sa propre culture de la sécurité du patient avec les autres institutions hospitalières. En fonction des résultats obtenus par cette enquête, les hôpitaux devront choisir une série de projets qu'il sera intéressant de mettre en oeuvre au sein de l'institution. Tous les projets choisis devront dès lors se référer au planning établi par le Ministère.

Au terme des échéances fixées par le SPF santé publique, l'institution doit rendre un rapport détaillé en suivant la méthodologie imposée par celui-ci. Ce rapport relate les résultats obtenus grâce à l'étude menée et aux projets mis en place.

Le SPF santé publique a établi un plan d'action et une démarche à suivre par les institutions hospitalières durant les quatre années du contrat.

Voici la présentation des actions de départ à réaliser dans les institutions s'inscrivant dans ce contrat. Parmi celles-ci, il a été établi une liste qui a été intégrée par le SPF santé publique dans un plan pluriannuel 2007-2012¹⁶.

Nous avons choisi de ne présenter que les axes qui nous intéressent pour notre travail. Pour les lecteurs s'intéressant aux démarches concernant les années 2009-2012, il est possible de les consulter en annexe 1.

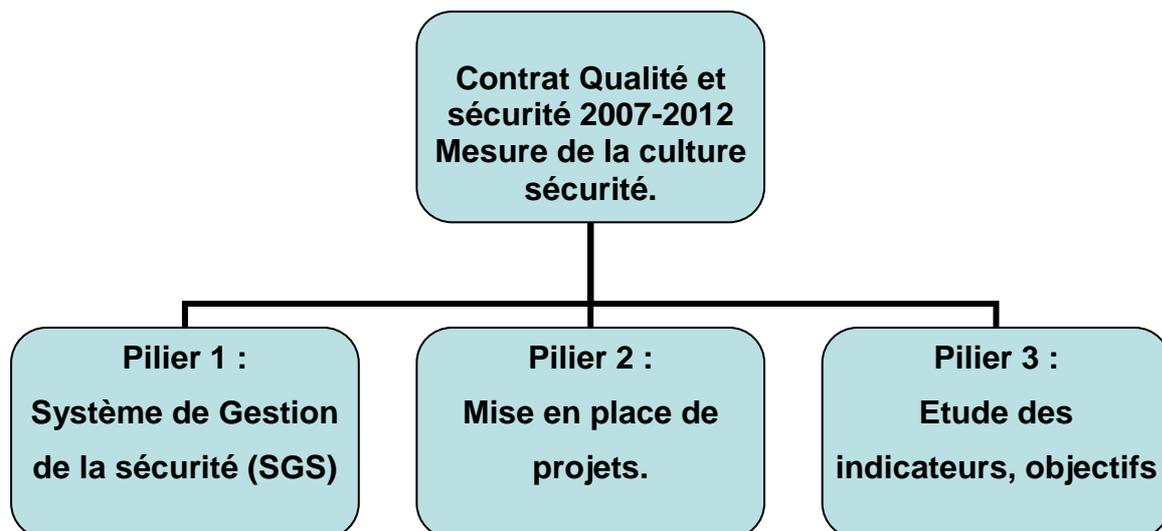
| | |
|------------------|--|
| 2007-2008 | Mesure de la culture sécurité du patient. Coordination des structures de la cellule qualité+ objectifs. |
|------------------|--|

| | | |
|------------------|---|---|
| 2007-2008 | Création de la fiche des évènements indésirables. | - Fiches descriptives de trois projets qualité. - Utilisation dans l'institution des indicateurs qui émanent du feed-back multidimensionnel ¹⁷ et des indicateurs mis en évidence par l'enquête patient safety. |
|------------------|---|---|

Pour une meilleure compréhension de tous, voici un tableau résumant le contrat pluriannuel.

¹⁶ DESUTER.G., *Récolte des évènements indésirables, classification et analyse*, Mai 2009, p5.

¹⁷Service Publicque Fédéral, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, DG organisation des établissements de soins, *Feedback multidimensionnel pour les hôpitaux*, Avril 2008, 128 p.



Ce tableau résume l'organisation et le plan d'action que le SPF santé publique demande de suivre aux hôpitaux pour la réalisation de ce contrat. Nous devons préciser que, pour les institutions s'étant inscrites dans le projet après l'année 2007, il est impératif de commencer par la mesure de la culture de la sécurité du patient avant d'envisager des actions dans l'institution.

Sachant que les plans d'actions varient d'une année à l'autre, voici les explications pour le contrat concernant le premier pilier. Celles-ci préciseront également que le cadre en soins de santé trouvera sa place au niveau de ce pilier.

Dans le premier pilier, le Ministère demande aux institutions de se préoccuper du système de gestion des risques ; ce qui signifie qu'il est demandé à ceux-ci de se pencher sur la mise en œuvre d'un système de rapportage des incidents¹⁸ et presque incidents¹⁹.

Le SPF santé publique demande aux hôpitaux²⁰ :

- ◆ *De développer un système de rapportage pour les incidents et presque incidents;*
- ◆ *De décrire cinq incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse utilisée par l'hôpital, les actions d'amélioration, les recommandations qui en découlent ;*

¹⁸ Définition Page 95-96 de ce travail.

¹⁹ Définition page 96 de ce travail.

²⁰ https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56.15762538&_dad=portal&_schema=PORTAL

- ◆ *pour les hôpitaux qui se sont engagés dans le contrat en 2008, ils doivent analyser les résultats de leur culture et mettre en application des actions d'amélioration dans au moins deux domaines ;*
- ◆ *pour les hôpitaux qui se sont engagés dans le contrat en 2009, ils doivent mesurer de manière prioritaire la culture sécurité dans l'institution et ensuite développer un plan pluriannuel pour la sécurité du patient.*

Il faut préciser que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)²¹ a établi une taxonomie²² pour la récolte des événements indésirables. Suite à cela, des groupes de travail ont été établis par le SPF afin d'adapter et de faire coïncider la taxonomie belge à celle de l'OMS. Cette taxonomie pour la récolte des données a pour but que chaque institution recueille les critères d'un événement indésirable de manière similaire et ce au niveau international.

La personne engagée en tant que responsable de la qualité de toute institution va devoir permettre le recensement des événements indésirables grâce à un outil adéquat. Pour cela plusieurs solutions sont possibles :

- continuer à utiliser un système déjà existant dans l'hôpital ;
- acheter un système à une firme commerciale ;
- développer un nouveau système propre à l'hôpital.

Quelle que soit la solution retenue, ce système doit satisfaire aux critères formulés par le SPF santé publique que vous pouvez trouver en annexe 2.

Pour concrétiser ce pilier, le site Notre-Dame a :

- ◆ mis en place un outil de récolte des événements indésirables ;
- ◆ programmé cinq axes d'amélioration :
 - diminuer le nombre d'erreurs d'identité des patients sur les demandes d'analyses biologiques ;
 - sensibiliser au débarrassage des plateaux repas dans les services, nature des déchets retrouvés sur ceux-ci sales, infectés, etc. ;

²¹ Explication page 96 de ce travail.

²² Définition page 96 de ce travail.

- diminuer les discordances entre les ordres permanents des chirurgiens et les prescriptions des anesthésistes en post-opératoires ;
- diminuer le nombre de perte de prothèses dentaires des patients ;
- améliorer les procédures de distribution entre la pharmacie et le nursing.

Un rapport devra également être envoyé au SPF santé publique et devra comprendre les données suivantes :

- ◆ la définition de l'organe de pilotage (comité, groupe de pilotage,...) qui est chargé du suivi des indicateurs concernant la qualité et la sécurité du patient ;
- ◆ l'inventaire (cartographie) de tous les indicateurs retenus et utilisés dans l'institution, relatif à la qualité et à la sécurité du patient. Cet inventaire pourrait ainsi être utilisé au niveau des départements, des services et des projets avec une indication de la périodicité de la mesure de ces indicateurs.
- ◆ l'inventaire de toutes les méthodes appliquées pour la sélection et le suivi des indicateurs.

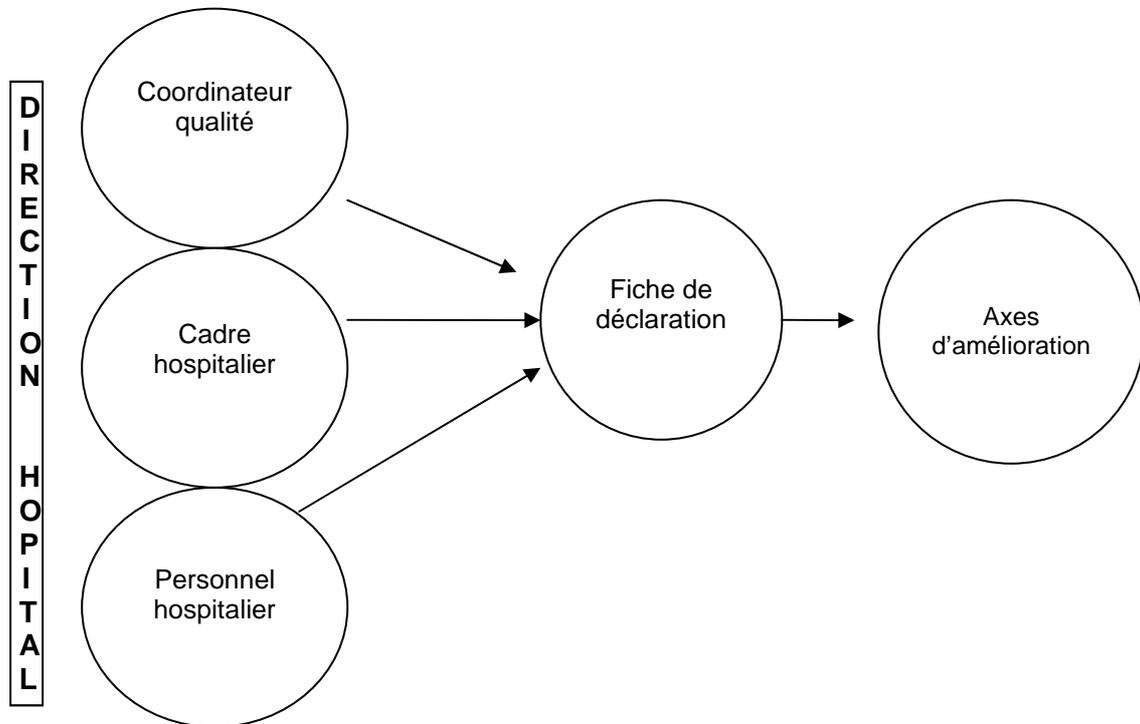
Pour concrétiser ce pilier, le site Notre-Dame s'applique à réaliser un inventaire des indicateurs de sécurité des patients dans les différents départements de l'institution.

Nous pouvons constater une fois de plus que l'implication du cadre est nécessaire en vue de la réussite de tous ces différents projets.

Chaque service hospitalier se retrouve dans l'une ou l'autre démarche analysée et choisie par la coordinatrice qualité.

Nous avons porté un intérêt particulier sur le premier pilier car nous pensons qu'il a une importance capitale pour la réussite des actions de ce projet. En tant que futur cadre, nous devons nous réjouir d'une telle démarche et nous pensons avoir un grand rôle à jouer. Nous devons motiver nos équipes afin que le système de récolte d'évènements indésirables fonctionne. Cet outil va être un réel baromètre de ce qui se passe dans l'institution. Il va permettre d'identifier les dysfonctionnements sur lesquels il faut agir de manière prioritaire. Il donne l'opportunité au personnel hospitalier de s'exprimer sur ces dysfonctionnements. Les déclarations retenues par cet outil vont conditionner de manière significative l'amélioration de la sécurité du patient. Nous sommes conscients qu'il faudra du temps mais il est indispensable de

passer par une phase de récolte avant d'agir. Cela permet de faire coïncider les besoins du terrain et les actions d'amélioration.

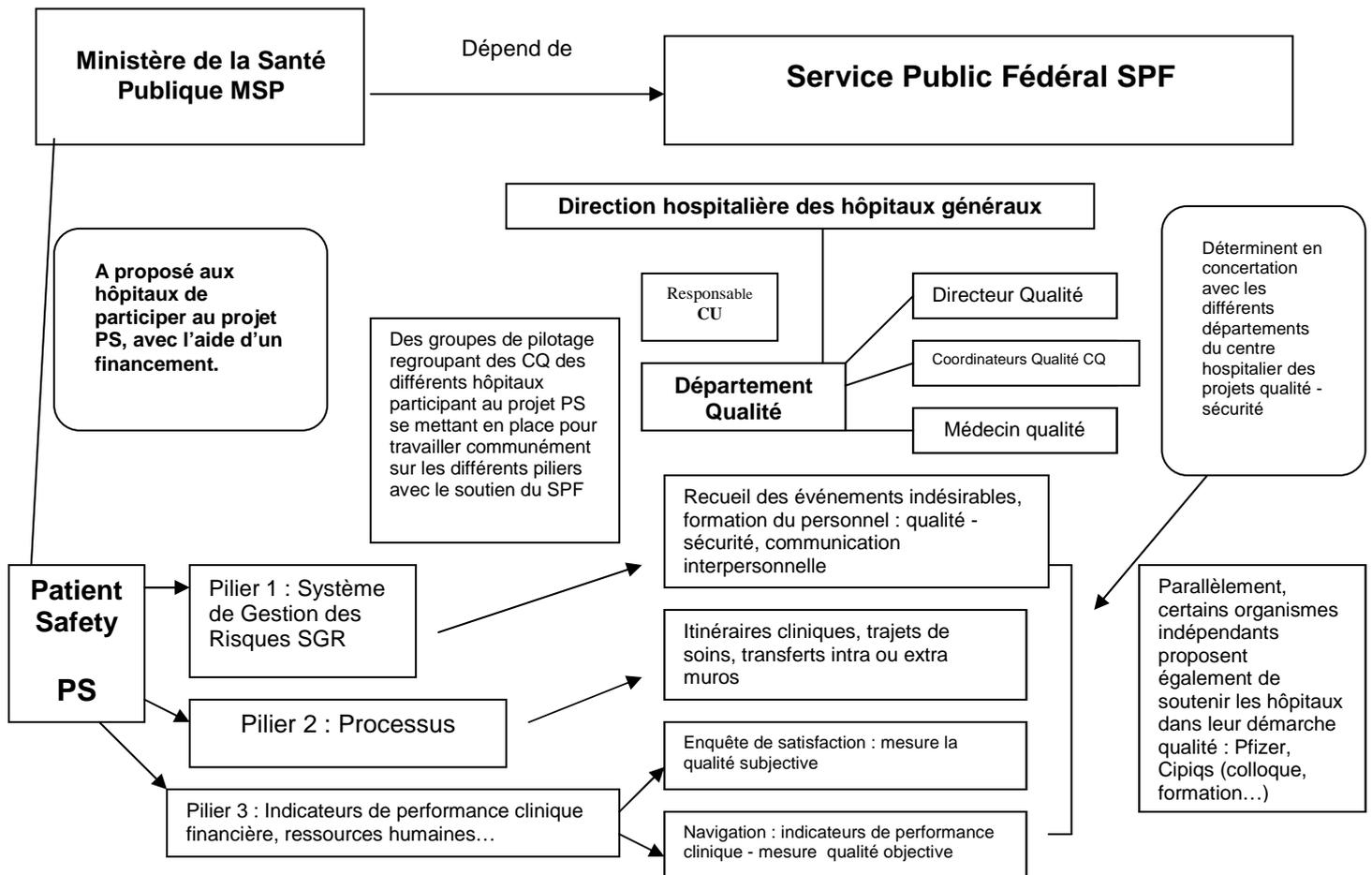


Suite au système de déclaration, la coordinatrice doit programmer cinq axes d'amélioration.

Pour notre part, il est un peu prématuré d'établir à ce stade-ci des axes d'amélioration, puisque le système de récolte n'a pas eu le temps de faire ses preuves. Le SPF santé publique demande aux institutions de créer un système de récolte d'évènements indésirables et dans le même temps de déterminer des axes d'amélioration. Il aurait été, à notre avis, intéressant d'attendre les résultats obtenus après six mois de fonctionnement. Nous pouvons nous demander à partir de quels éléments se basent les premiers axes d'amélioration.

Voici un organigramme reprenant toute les fonctions et les différents intervenants dans le contrat patient safety.

1.3. Organigramme des intervenants du projet patient safety.



1.4. Le financement du contrat patient safety :

Depuis le 1er juillet 2007, les responsables du Ministère de la Santé Publique ont mis à la disposition des hôpitaux belges une enveloppe de 6,8 millions d'euros dans le cadre du Budget Moyen Financier (BMF)²³ des hôpitaux participant aux projets visant à la sécurité des patients et à la coordination de la qualité des soins.

²³ Explication page 96 de ce travail.

Ce financement complémentaire se place dans la sous-partie B4 du Budget Moyen Financier²⁴ et doit permettre aux institutions de coordonner, d'élaborer et d'optimiser leurs politiques et leurs projets en matière de qualité et sécurité des patients.

Le budget est réparti en fonction du nombre d'hôpitaux participants et du nombre de lits reconnus, avec un montant minimum de 10 000 euros par an pour chaque institution participante et possédant un minimum de 100 lits agréés. Les établissements comptant plus de 100 lits agréés, reçoivent 104,35 euros supplémentaires, par an et par lit agréé.

Pour bénéficier de ce financement, les institutions doivent déposer leurs candidatures en se soumettant à la convention qui prévoit les conditions d'accès émises par le SPF.

Après avoir détaillé l'origine, le contenu et le financement de ce projet, Il nous semblait également utile à ce stade de notre recherche d'aborder les différentes dimensions du contrat.

1.5. Les différentes dimensions du contrat.

La première dimension est sociétale. En effet, selon le SPF santé publique, les démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, associées au développement de la gestion du risque dans les établissements de santé trouvent un sens dans la société actuelle.

Bien que le niveau de sécurité tente d'être de plus en plus performant, la perception du risque et son acceptabilité par les patients ont particulièrement évolué vers une diminution de la tolérance avec une exigence d'efficacité sans faille de la médecine et des prestataires de soins.

La deuxième dimension est institutionnelle. Il nous semble que, grâce à la mesure de la culture sécurité, la mise en place d'actions sera possible; et ce à différents niveaux de la hiérarchie de l'institution. Tous les travailleurs, qu'importe leur échelon, ont un rôle à jouer. Une prise de conscience doit être suscitée chez chacun d'entre eux.

²⁴ Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget moyen financier des hôpitaux , 25 Avril 2002 , MB du 30/05/2002,ed.3,vig., 01/07/2002.

En vue de faciliter l'adhésion et l'application de cette culture dans nos institutions, le SPF santé publique a clarifié cette dimension en définissant les thèmes à aborder tout au long d'une démarche de gestion de sécurité.

Nous vous livrons les douze thèmes proposés par le SPF santé publique afin de mener à bien cette démarche²⁵.

Dix thèmes pour tenter de mettre en place une culture de sécurité du patient.

- ◆ *être clair avec les attentes du management et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients ;*
- ◆ *organiser et tirer profit des erreurs commises et tenter de les améliorer en permanence ;*
- ◆ *travailler en équipe pluridisciplinaire au sein des unités ;*
- ◆ *l'ouverture à la communication efficace ;*
- ◆ *favoriser les feedback et la communication en matière de sécurité ;*
- ◆ *abolir l'idée de sanction face à l'erreur ;*
- ◆ *amener un encadrement dynamique et motivé du personnel ;*
- ◆ *appui du management de l'hôpital en matière de sécurité des patients ;*
- ◆ *améliorer le travail en équipe au sein des secteurs hospitaliers, au sein des différents services entre eux ;*
- ◆ *améliorer les transmissions lors des transferts.*

Les deux derniers thèmes étant des instruments de mesure, ils permettent de juger l'état d'avancement de la culture sécurité dans son institution.

- ◆ *perception globale de la sécurité ;*
- ◆ *fréquence de signalement des évènements.*

Comme nous pouvons le remarquer, il est souhaitable, dans un souci de compréhension, de développer certains de ces thèmes.

Il faut tout d'abord connaître les attentes de la hiérarchie de l'institution et les actions que celle-ci veut mettre en place pour promouvoir la sécurité des patients. Il est évident que si la direction de l'institution ne cautionne pas les actions ou les projets à mettre en place ceux-ci n'ont aucun avenir au sein de l'institution.

²⁵ VLEUGELS A., VLAYEN. A. ; *Etude sur la sécurité des patients dans les hôpitaux Belges, sous l'angle particulier de la réduction du risque d'erreur médicamenteuse*, 2007, 57p.

Le SPF santé publique a mis en place des outils qui favorisent le travail en équipe pluridisciplinaire. En effet celui-ci permettra de :

- ◆ augmenter les interactions entre les différentes professions entrant en jeu durant une hospitalisation,
- ◆ rendre les traitements les plus complets et les plus adéquats possibles en fonction du type de pathologie et du profil du patient.

Il faudra néanmoins que les équipes et les autorités des institutions se rencontrent régulièrement afin d'évaluer ensemble l'état d'avancement des projets mis en place. La communication entre tous les intervenants reste un atout majeur en matière de sécurité. Il faut favoriser la collaboration entre les différents niveaux de pouvoir.

Il est également nécessaire de tirer profit des erreurs commises, et de tenter d'améliorer la performance des soins prodigués.

L'idée d'abolir une sanction systématique face à l'erreur devra être inculquée dans les institutions de soins dans l'optique d'inciter le personnel à remplir les fiches d'évènements indésirables. L'idée ici n'est pas de pointer du doigt la personne ayant fauté mais plutôt de mettre en lumière la fréquence de l'évènement et les causes ayant provoqué celui-ci. Une fois ces fiches d'incidents remplies et analysées, il sera peut-être possible de trouver des solutions pour que ceux-ci ne se reproduisent plus dans l'avenir. Pour nous, le SPF santé publique devra définir clairement les différences qui existent entre les erreurs collectives, individuelles et les erreurs répétitives et localisées.

Il nous semble que nous ne pouvons toutefois mettre de côté les erreurs survenues pour fautes graves, fautes lourdes ou répétitives, sans négliger le dol²⁶. Celles-ci seront toujours soumises à une procédure hiérarchique qui aboutira peut-être à une sanction soit prévue par le contrat de travail soit parce qu'il s'agit d'un cas précédemment décrit dans la jurisprudence.

Le SPF santé publique signale qu'il est indiscutable de mettre en place un encadrement dynamique et motivé travaillant et mettant tout en œuvre pour la bonne réalisation de ce projet. C'est pour cette raison qu'un poste, ayant dans ses attributions la qualité, a été rendu obligatoire, afin que chaque institution dispose

²⁶ Définition page 96 de ce travail.

d'une personne ressource pour permettre d'y adhérer plus facilement et de s'impliquer au mieux dans ce projet.

En matière de sécurité des patients et pour réussir ce type de projet, le soutien de la direction de l'hôpital est indispensable.

Comme dit précédemment, le SPF santé publique compte sur la collaboration de l'ensemble des acteurs de l'entreprise. Les services doivent collaborer entre eux pour une meilleure sécurité entre les secteurs hospitaliers.

Le SPF santé publique insiste également sur le fait qu'il est indispensable d'améliorer les transmissions lorsqu'un patient est transféré d'un service à un autre, afin d'éviter toute perte d'information.

En ce qui concerne les deux thèmes portant sur la mesure des résultats se rapportant à l'état d'avancement de la sécurité du patient, le SPF santé publique demande aux hôpitaux participants de se pencher sur une stratégie visant à une amélioration de la culture sécurité du patient par la mise en place d'un système permettant de mesurer la survenue des événements indésirables.

Un autre aspect à ne pas négliger selon les notes rédigées en 2008 par le groupe de travail « Sécurité des Patients de la Commission Nationale »²⁷, est qu'une culture de sécurité se doit d'être juste, flexible et apprenante. L'entreprise doit établir un contexte dans lequel tous les individus sont encouragés à déclarer tout événement indésirable détecté lors de sa journée de travail. Créer un contexte équitable dans lequel les individus sont encouragés à faire preuve d'ouverture tout en faisant clairement la distinction entre un comportement acceptable et un qui ne l'est pas.

Cette culture de sécurité se doit d'être également flexible et, propre à chaque institution car l'organisation adapte ses réactions en fonction du contexte et des circonstances concrètes.

Celle-ci doit être apprenante. Cela veut dire que l'organisation doit, suite aux expériences rencontrées, être capable de mettre en place des adaptations en fonction des conclusions retenues. C'est à partir de ses erreurs qu'on apprend le mieux !

Cette culture doit pouvoir créer un climat de confiance dans lequel les acteurs de soins au sens large seront prêts à faire part des incidents survenus et ce, de manière constructive. Les institutions doivent garder, tout au long de cette démarche de

²⁷ Explication pages 96- 97 de ce travail.

culture sécurité, un bon équilibre entre toutes les dimensions mentionnées ci-dessus. La culture de sécurité exige donc une approche concertée, transparente et positive. Il ne faut pas oublier que la mise en place d'une telle culture est un défi majeur pour l'amélioration de la qualité. Un tel projet implique une transition vers une culture dans laquelle les erreurs ne seront plus considérées comme des échecs personnels mais comme une opportunité d'améliorer le système et d'éviter les difficultés ultérieures. Nous sommes bien dans une logique de moyens et non de résultats.

Nous pensons que, pour la réussite d'un tel défi, les ingrédients suivants sont indispensables :

- Le soutien de la direction hospitalière ;
- La présence d'un coordinateur qualité ;
- Le soutien des cadres en soins de santé ;
- La création de moments de rencontres entre la coordinatrice qualité, les cadres en soins de santé et le personnel ;
- La création d'un esprit positif et ouvert dans lequel chaque membre se sent valorisé;
- La création d'un outil permettant de déclarer tout dysfonctionnement, sans être perçu comme un outil de délation.

Le cadre doit faire en sorte que chaque membre du personnel se sente impliqué dans ce projet. Il est ainsi incontournable pour atteindre les objectifs fixés.

2. Deuxième partie

La mesure de la culture sécurité du patient, analyse mésoscopique.

- Définition et explication du concept de la sécurité du patient.
- Un outil de mesure, le questionnaire.
- Analyse de l'outil et de la méthodologie employée pour la mesure de la culture de la sécurité.
- Résultats obtenus par l'enquête et profil des répondants.
- Conclusions de l'enquête.
- Etude des questions de l'enquête concernant notre constat.

2.1. Définition et explication du concept de la culture sécurité.

Le Ministère de la Santé Publique explique le concept de culture de sécurité comme suit : « *culture qui accepte la possibilité que les établissements de soins et les prestataires de soins commettent des erreurs. Culture d'ouverture et de transparence qui permet à l'organisation et au personnel de cette organisation de tirer des enseignements de ces erreurs afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent par la suite.* »

Suite à cette définition, nous pouvons penser qu'un changement culturel de tous les acteurs de soins, quel que soit le niveau où ils se trouvent dans l'organigramme de l'institution, serait utile. Une sensibilisation permettrait ainsi de faciliter la mise en oeuvre des différents projets. Celle-ci donnerait une perception plus semblable du concept de la culture sécurité aux personnes concernées. Dès lors, il serait plus facile d'établir une philosophie cohérente dans la prise en charge du patient. Cette démarche nous amènerait, d'après le SPF santé publique, à une culture de sécurité.

D'après nous, une sensibilisation est certes nécessaire mais celle-ci va devoir être faite de manière régulière. Une seule séance ne suffira pas !

De plus, il faudra beaucoup de temps et de persévérance aux cadres et à ses équipes pour engendrer un tel changement culturel.

Comme énoncé préalablement, mesurer la culture « sécurité du patient » de son institution est incontournable avant de mettre en place des actions sur le terrain. En effet, si nous regardons le schéma reprenant le plan pluriannuel instauré par le SPF santé publique présenté à la page 11 de ce travail ,une de leur première demande envers les hôpitaux est de mesurer la culture de la sécurité des patients au sein de son institution. Cette mesure doit se faire grâce à un outil délivré et validé par le SPF santé publique commun pour toutes les institutions participantes.

2.2. L'outil de mesure, le questionnaire.

Le questionnaire « patient safety » imposé par le SPF santé publique, dont nous détaillerons le contenu dans le point suivant, va tenter de mesurer la sécurité du patient et ensuite de dégager des pistes de réflexion.

Pour cette phase du contrat, le SPF santé publique a mis au point un outil traduit d'un questionnaire anglais et adapté au contexte hospitalier belge. Cette traduction a été évaluée et adaptée au cours de différentes réunions d'un groupe de travail. Enfin, la traduction a été vérifiée par un linguiste. Une fois la version néerlandaise approuvée, la version en langue française a également été réalisée à partir du questionnaire version anglaise tout en tenant compte également de la version néerlandaise.

Celui-ci devra être obligatoirement utilisé dans toutes les institutions participantes sans modification. Le SPF santé publique impose le même questionnaire et propose d'appliquer la même méthodologie dans toutes les institutions. Cela ne laisse pas beaucoup de marge de manœuvre aux institutions mais permet d'établir des comparaisons entre les résultats obtenus pour tous les hôpitaux de Belgique.

2.3. Analyse de l'outil et de la méthodologie employée pour la mesure de la culture de la sécurité.

L'outil que vous pouvez consulter dans son intégralité en annexe 3 aborde sept thèmes différents. Notre volonté a été de centrer notre recherche de manière plus précise sur un de ces huit thèmes et laisser consciemment de côté certaines approches de cette enquête.

Le lecteur doit être bien attentif. Il ne doit pas confondre les dix dimensions afin de mettre en place une culture sécurité et les sept thèmes abordés dans le questionnaire.

Voici les différents thèmes :

- ➔ l'environnement de travail ;
- ➔ l'implication de la hiérarchie en matière de sécurité des patients ;
- ➔ la communication ;
- ➔ l'enregistrement des incidents ;
- ➔ le thème général sur l'hôpital ;
- ➔ le nombre d'incidents rapportés ;
- ➔ les informations générales sur la personne répondant au questionnaire.

Le thème que nous avons décidé d'aborder est : « l'enregistrement des incidents ».

2.3.1. La méthodologie préconisée par le SPF santé publique.

Nous allons vous présenter ci-dessous la manière dont le SPF santé publique conseille de procéder pour la distribution du questionnaire dans son institution.

Le questionnaire doit être distribué, au niveau des établissements hospitaliers, à toute personne concernée de près ou de loin par l'hospitalisation du patient.

Sont concernés :

- ◆ Le personnel infirmier et paramédical ;
- ◆ Les médecins : tous les médecins et assistants ;
- ◆ La hiérarchie opérationnelle (secrétaires, aide logistique) ;
- ◆ Les collaborateurs de la pharmacie, des laboratoires et des services techniques.

Le calendrier proposé par le SPF pour la réalisation de la mesure est la suivante :

- 1) Une semaine avant la distribution du questionnaire, tous les participants sont informés par lettre signée de la direction ;
- 2) Le questionnaire est envoyé à tous les participants, accompagné d'une lettre explicative ;
- 3) Deux semaines plus tard, une lettre est adressée à tous les participants pour remercier les répondants et inviter les non répondants à participer;
- 4) Deux semaines plus tard, un second questionnaire est envoyé aux non répondants ;
- 5) Enfin, à nouveau deux semaines plus tard, un dernier rappel est envoyé aux non répondants.

Le SPF santé publique précise que si nous obtenons un taux de réponses approchant les 60% après l'étape 3, les étapes 4 et 5 peuvent être considérées comme superflues.

La distribution des questionnaires et la réception des enveloppes remplies se font alors sur deux circuits différents, de manière à ce que ces questionnaires puissent être adressés de manière ciblée (1^{er} circuit) et récoltés tout en maintenant l'anonymat

du traitement (2^{ème} circuit). Un code est apposé sur chaque questionnaire individuel. Les questionnaires sont renvoyés nominativement. Le lien entre le code et le nom n'est connu que du service de distribution qui lui, n'analyse pas les réponses. Les questionnaires complétés avec uniquement le code anonyme arrivent au service de traitement. Celui-ci fournit la liste des non répondants au service de distribution. Sachant que les médecins montrent peu d'enthousiasme à participer à ce genre d'enquête, quelques facilités leur ont été octroyées. Les questionnaires qui leur sont destinés peuvent être transmis sans code, l'anonymat est donc complet. Tous les médecins reçoivent, le cas échéant, deux questionnaires de rappel car il n'y a pas de possibilité de « tracer » les non répondants.

Jusqu'à présent, le projet Patient Safety est fortement imprégné par les volontés du SPF santé publique qui impose de nombreuses démarches à suivre afin d'appliquer le système dans nos institutions.

Ceci explique notre démarche descriptive qui peut paraître lourde mais néanmoins nécessaire pour comprendre les tenants et aboutissants du projet.

Lorsque cette description sera achevée, nous pourrons alors analyser le rôle spécifique du cadre sachant que celui-ci a une fonction spécifique tant dans la sensibilisation du personnel, tant dans le remplissage du questionnaire, que dans l'exploitation des résultats obtenus par l'enquête.

2.3.2. La méthodologie employée pour cette mesure dans l'institution.

Etant donné qu'il faut effectuer des choix, nous avons décidé de travailler en prenant un site hospitalier faisant partie du bassin de soins du regroupement hospitalier CHwapi. Notre étude s'effectuera dans l'institution du site Notre- Dame de Tournai sachant que toutes les institutions ont reçu des instructions pour travailler de manière similaire en se référant aux directives données par le SPF santé publique.

Au sein de l'institution choisie, l'ensemble du personnel ayant des contacts avec les patients a reçu une note expliquant l'importance et les enjeux du contrat « patient safety ». Cette participation n'est pas obligatoire mais une sensibilisation, à l'aide de fiches explicatives distribuées dans tous les services, demande à tout le personnel de s'impliquer dans cette mesure.

Celle-ci a décidé de procéder en majorité par format électronique pour l'envoi et la récolte des données. Un code aléatoire, c'est-à-dire au hasard, a été envoyé à chaque membre du personnel ayant un accès facile à intranet (réseau informatique interne à l'institution) soit 559 membres du personnel.

Une lettre, dans laquelle était joint le questionnaire, a été distribuée aux autres membres n'ayant pas accès facilement à un ordinateur au sein de leur service soit 136 membres du personnel.

Voici un relevé des personnes sollicitées pour remplir ce questionnaire :

- ➔ les médecins ;
- ➔ les infirmières ;
- ➔ les aides soignantes et aides logistiques ;
- ➔ les kinésithérapeutes;
- ➔ les paramédicaux, les ergothérapeutes, les psychologues ;
- ➔ le personnel du laboratoire ;
- ➔ le personnel de la cuisine ;
- ➔ les techniciennes de surface.

Pas moins de 695 personnes ont été invitées à répondre au questionnaire.

Six semaines de délai ont été données au personnel La clôture a eu lieu la deuxième semaine d'octobre.

Lors des réunions de service des médecins, la coordinatrice qualité de notre institution est intervenue pour les sensibiliser à cette problématique et a insisté sur leur rôle dans cette politique.

Pour les équipes de soins dans les unités, ainsi que les personnes faisant partie des services paramédicaux, la coordinatrice qualité est passée aux heures de chevauchement (heure où il y a le plus de personnel dans les services) pour expliquer les enjeux et l'importance de remplir ce questionnaire.

Dans chaque service, des affiches explicatives ont été posées à différents endroits afin de clarifier les objectifs poursuivis par le contrat, l'objet de la mesure de la culture ainsi que la prévalence des incidents et/ou accidents dans nos hôpitaux.

N'ayant pas un accès facile à intranet, les techniciennes de surface, ainsi que le personnel de cuisine, ont reçu une information orale et une lettre avec le questionnaire inclus.

Nous sommes passés en date du 19 septembre dans tous les services en vue de battre le rappel et de motiver les équipes à répondre aux questionnaires. Contrairement aux conseils du Ministère, aucune lettre nominative de rappel n'a été envoyée, étant donné que le code a été distribué de manière aléatoire, il était impossible de retrouver l'identité des personnes n'ayant pas répondu. Par contre, la personne chargée de la qualité est passée plusieurs fois dans les services pour rappeler à quel point il est important de répondre à ce questionnaire.

2.3.3. Critères d'exclusion des questionnaires complétés.

Pour analyser les résultats de l'enquête, le SPF santé publique a mis à la disposition des hôpitaux, un programme prévu pour la saisie, le traitement et l'analyse automatique des données. Ce programme permet d'effectuer des statistiques rapides après l'encodage des données.

Comme nous vous le rappelons, le questionnaire figure en annexe de ce travail.

Trois critères d'exclusion ont été prévus dans ce programme :

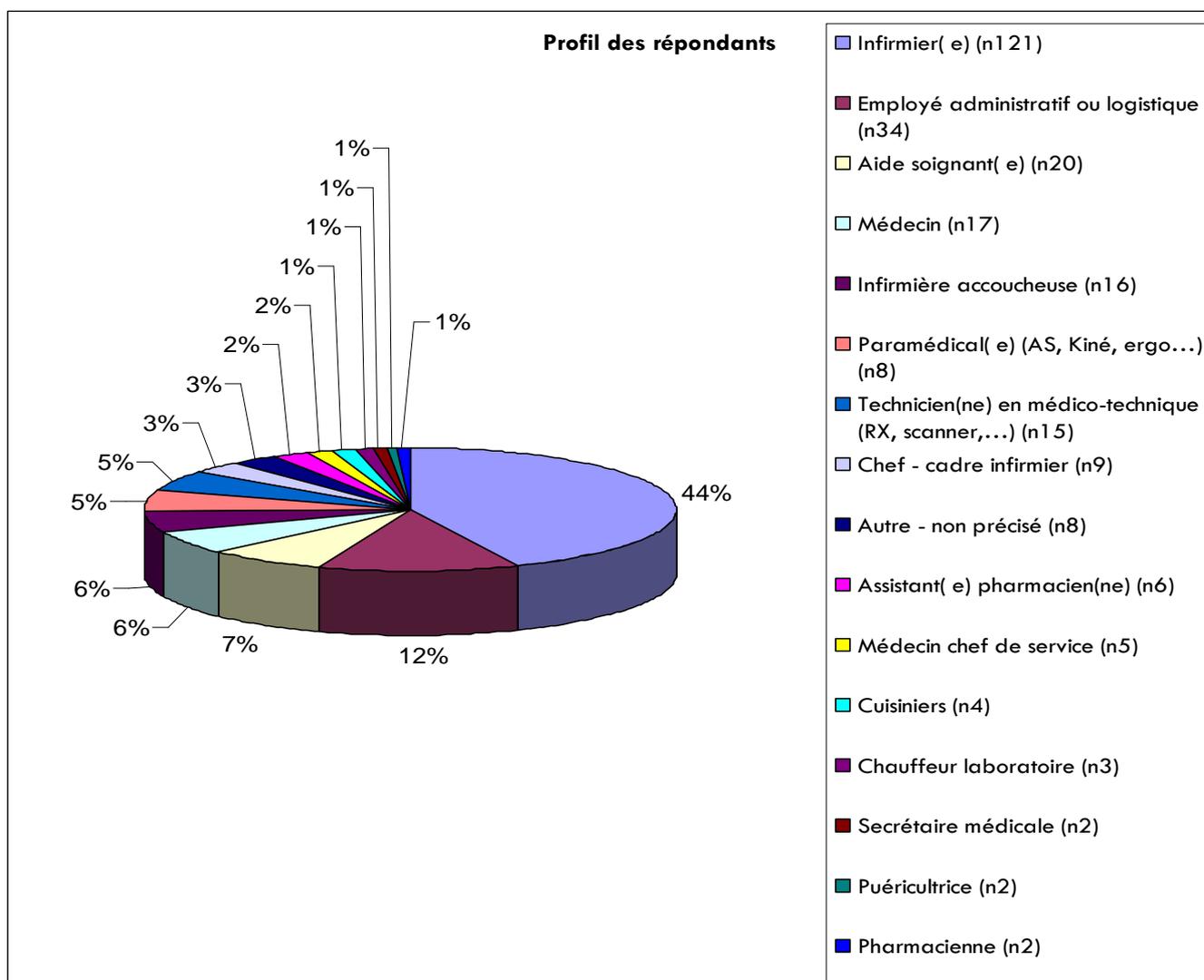
- 1) les questionnaires pour lesquels aucune section n'a été complétée (section 1 non comprise) ;
- 2) les questionnaires dont moins de la moitié des questions ont reçu une réponse (section 1 non comprise) ;
- 3) si chaque item des sections A (à l'exclusion de la question A0), B, C, D, F du questionnaire obtient le même score.

Nous pouvons une fois de plus montrer la volonté du SPF de donner tous les outils nécessaires aux institutions pour effectuer cette mesure. Cela permet, une fois de plus, la réalisation d'une étude comparative nationale.

2.4. Résultats obtenus par l'enquête et profil des répondants.

En octobre 2008, lors de la clôture de l'enquête 40,1% des questionnaires ont été complétés. Il faut signaler que tous les questionnaires complétés ont pu être validés

et donc analysés. Voici le détail de la répartition des personnes ayant répondu à l'enquête et dont les résultats de facto ont pu être pris en considération.



Pour traiter plus facilement les résultats, le personnel a été regroupé en catégories.

| <i>Classification du personnel</i> | | |
|------------------------------------|------------|-------------|
| Non-Répondants | 1 | |
| Personnel soignant | 198 | 71% |
| Médecins | 22 | 8% |
| Employés administratifs | 36 | 13% |
| Personnel de la pharmacie | 8 | 3% |
| Personnel de cuisine | 4 | 1% |
| Chauffeurs labo | 3 | 1% |
| Autre - non précisé | 8 | 3% |
| Total répondants | 279 | 100% |

- Sur 136 personnes ayant reçu le questionnaire en format papier, 24 l'ont complétés. Soit 17,6%.
- 15 personnes du laboratoire sur 38 ;
 - 3 chauffeurs du laboratoire sur 6 ;
 - 6 personnes travaillant en cuisine et 0 techniciennes de surface sur un nombre total de 92 personnes.
- Sur 559 personnes ayant reçu le questionnaire via intranet, 255 personnes ont répondu soit 45,6%. Etant donné que la sensibilisation a été faite de la même manière pour tout le personnel, ce pourcentage peut montrer que celui-ci s'est senti probablement plus impliqué ou plus concerné par l'enquête.
- 22 sur 104 médecins ;
 - 233 autres (paramédical, infirmier, secrétariat, pharmacie, ...) sur un total de 455.
- Total, 279/695 questionnaires ont pu être validés ce qui donne un taux de réponse de 40,1%.

La moyenne nationale de taux de réponses est de 56%. L'enquête ayant obtenu un taux de plus de 30% de réponse, celle-ci a pu être validée.

Un taux de réponse moins élevé que la moyenne nationale n'a entraîné aucune pénalisation ni commentaire de la part du SPF santé publique.

Une fois l'encodage des résultats de l'enquête terminé, des statistiques furent effectuées grâce à un programme de dépouillement proposé par le SPF santé publique.

Une séance d'information a été organisée au sein de l'institution. Tout le personnel fut convié via une affiche déposée dans chaque service. Et, afin d'y assister, il a été momentanément libéré de ses fonctions.

Durant cette séance, les résultats de l'enquête ont été exposés et comparés avec les moyennes nationales pour d'une part favoriser la transparence face à cette enquête et d'autre part pour favoriser le questionnement de l'institution et du personnel par rapport aux résultats constatés.

De plus, un dossier explicatif contenant tous les résultats de l'enquête a été distribué en date du 2 mars 2009 dans chaque service. Ce dossier est consultable par chaque classe de travailleurs.

Le faible taux de participation de certaines catégories de personnel (les techniciennes de surfaces, le personnel de cuisine, etc.) nous pose question. Pour notre part, cela démontre que le questionnaire et sa méthodologie ne sont pas adaptés à tout le personnel travaillant dans une institution hospitalière. En effet, tous les travailleurs n'ont pas les mêmes contacts avec les patients et ne rencontrent pas les mêmes besoins.

Afin d'obtenir des résultats qui rencontrent de manière plus pertinente la réalité et les besoins de chacun sur le terrain, il aurait été intéressant de créer un questionnaire adapté à chaque catégorie de travailleurs.

Les différentes catégories de personnel se seraient senties plus concernées et cela aurait permis, à notre sens, d'avoir un pourcentage de réponses plus important. De ce fait, les résultats colleraient plus aux réalités de terrain et à tous les travailleurs.

2.5. Conclusions de l'enquête.

Nous estimons qu'il serait inopportun de vouloir présenter tous les résultats²⁸ de l'enquête, de plus ce n'est pas l'objet de ce travail. Néanmoins, lors de la présentation des résultats aux personnels de l'institution du site Notre-Dame, la coordinatrice qualité a présenté les conclusions suivantes :

- ◆ *le personnel met en évidence une activité importante qui peut avoir des impacts sur la sécurité du patient ;*
- ◆ *la dotation en personnel semble insuffisante pour couvrir cette activité de manière suffisante ;*
- ◆ *un sentiment de répression existe lorsqu'un incident survient ;*
- ◆ *la communication au sein d'un service et entre service, le transfert des informations concernant le patient n'est pas optimale ;*

²⁸ EEMAN.AM., médiation et qualité ; *résultat des enquêtes sécurité des patient et hygiène hospitalière*, Tournai, octobre 2008, 39p.

- ◆ *un tiers du personnel dit être informé lorsque des actions correctrices sont mises en place ;*
- ◆ *la direction pourrait davantage mettre la sécurité des patients comme priorité.*
- ◆ *il existe une entraide et un soutien mutuels dans les équipes ;*
- ◆ *la concertation est présente dans les services ;*
- ◆ *Le personnel se sent assez libre d'exprimer son avis sur la problématique.*

Il est intéressant de savoir qu'une comparaison nationale a été réalisée par le Ministère. Elle démontre que tous les hôpitaux belges retrouvent deux problématiques similaires parmi l'ensemble des thèmes dégagés par l'enquête.

Premièrement, un problème de communication des informations entre les différents départements de l'institution. La communication au sein des institutions pose problème tant horizontalement que verticalement. Beaucoup d'informations se perdent.

Deuxièmement, une perte d'informations lors des transferts intra-muros des patients.

Parmi les neuf conclusions émises par la coordinatrice qualité et dégagées par cette enquête, une a retenu particulièrement notre attention : « *Un sentiment de répression existe lorsqu'un incident survient.* »

Ce sentiment de répression est clairement identifié par le biais du questionnaire et plus particulièrement par les résultats obtenus par : « Les membres de l'équipe s'inquiètent du fait que leurs erreurs puissent figurer dans leurs dossiers ». C'est sur ce sentiment de répression que notre recherche va s'articuler dans notre troisième partie.

Notons que dès maintenant il nous semble plus judicieux de parler de constat plutôt que de conclusion qui nous renvoie à une action terminée, close.

Il est interpellant mais pas vraiment surprenant de se rendre compte que le personnel a peur des représailles lorsqu'un évènement indésirable survient. Il nous paraît intéressant en tant que futur cadre de se pencher sur un tel constat.

Nous allons alors tenter de dégager les questions qui ont pu mettre ce constat en évidence.

2.6. Etude des questions de l'enquête concernant notre constat.

Suite au constat retenu pour notre étude, nous avons parcouru cette enquête afin de mettre en évidence les questions traitant de ce thème.

2.6.1. Questions se rapportant à notre étude.

Voici les questions dégagées dans ce questionnaire

- ◆ Les membres de l'équipe ont l'impression que leurs erreurs sont utilisées contre eux.
- ◆ Quand un incident est signalé, le coupable est recherché mais pas la cause.
- ◆ Les membres de l'équipe s'inquiètent du fait que leurs erreurs puissent figurer dans leurs dossiers.

A ces différentes questions, le personnel devait répondre :

- Pas du tout d'accord ;
- Pas d'accord ;
- Neutre ;
- D'accord ;
- Tout a fait d'accord ;
- Non concerné.

Tout d'abord il faut savoir qu'au sein de l'institution, afin d'optimiser le traitement des données une distinction a été apportée au questionnaire initial. La possibilité de cocher « Non concerné » a été ajoutée.

En effet, sur le questionnaire initial, le « Neutre » reprenait autant les personnes qui n'étaient pas concernées par la proposition faite, ainsi que les personnes qui ne souhaitent pas affirmer clairement leur opinion.

Dans ce type de classification à cinq « catégories », les répondants « non satisfaits » sur la proposition faite sont repris dans les catégories (Neutre – Pas satisfait– Pas du tout satisfait). Les répondant qui sont « satisfaits » ou en accord avec la proposition faite, sont repris dans les catégories (D'accord ou Tout à fait).

Nous avons également permis aux personnes d'émettre leur avis personnel « ouvertement » après chaque section proposée dans le questionnaire initial.

Le SPF santé publique a décidé de laisser la catégorie neutre de coté lors de l'analyse des résultats.

En résumé les institutions utilisent la méthode qui leur semble la plus appropriée pour l'analyse des chiffres mais au niveau national les résultats sont tous dépouillés de la même manière ; ce qui permet alors de faire des comparaisons au niveau nationales.

2.6.2. Analyse des résultats²⁹ de l'enquête.

2.6.2.1. Les membres de l'équipe ont l'impression que leurs erreurs sont utilisées contre eux.

| <i>Les membres de l'équipe ont l'impression que leurs erreurs sont utilisées contre eux</i> | | | | | | | | | |
|---|--------------------|----------|-------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|-------|-----|
| Effectifs | Personnel soignant | Médecins | Employés administratifs | Personnel de la pharmacie | Personnel de cuisine | Chauffeurs labo | Autre - non précisé | Total | % |
| NC | 36 | 2 | 14 | 2 | 1 | 0 | 1 | 56 | 20% |
| Pas du tout d'accord | 29 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 35 | 13% |
| Pas d'accord | 55 | 9 | 5 | 4 | 1 | 0 | 1 | 75 | 27% |
| Neutre | 46 | 3 | 8 | 1 | 1 | 3 | 5 | 67 | 24% |
| D'accord | 27 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 37 | 13% |
| Tout à fait d'accord | 5 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 3% |
| Total | 198 | 22 | 36 | 8 | 4 | 3 | 8 | 279 | 100 |
| % | 71% | 8% | 13% | 3% | 1% | 1% | 3% | 100 | |

Première interprétation faite par la coordinatrice qualité de l'institution :

On remarque qu'une personne sur deux n'est pas certaine que les erreurs commises ne seront pas utilisées contre elle.

- Un médecin sur trois;
- Un soignant sur deux ;
- Près de sept employés administratifs sur dix (68%) ;
- Une personne de la pharmacie reste « neutre » face à cette proposition.

²⁹ EEMAN. A.M., *médiation et qualité ; résultat des enquêtes sécurité des patients et hygiène hospitalière*, Tournai, octobre 2008, 39p.

Il est surprenant de voir que l'on cite la seule personne de la pharmacie ayant répondu mais, pour sa présentation, la coordinatrice qualité de l'institution a souhaité en parler car cet avis doit être considéré.

Nous avons effectué une deuxième interprétation des chiffres car nous ne partageons que très peu leur analyse obtenue à partir des réponses des membres de l'institution.

Nous pouvons analyser les chiffres différemment en disant qu'une personne sur deux n'a pas l'impression que ses erreurs se retourneront contre elle. Ce qui amène le constat dans une optique différente.

De plus, si nous ne prenons que le personnel soignant, 84 personnes sur 198 n'est pas d'accord ou pas du tout d'accord avec cette proposition. Ce qui nous donne une orientation différente, 42% du personnel soignant n'est pas d'accord avec cette proposition.

Il faut noter que le questionnaire étant composé de questions fermées. Cela ne permet pas au personnel de développer sa sensibilité face aux sujets abordés dans l'enquête.

2.6.2.2. Quand un incident est signalé, le coupable est recherché mais pas la cause.

| <i>Quand un incident est signalé, le coupable est recherché, mais pas la cause du problème</i> | | | | | | | | | |
|--|--------------------|----------|-------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|-------|-----|
| Effectifs | Personnel soignant | Médecins | Employés administratifs | Personnel de la pharmacie | Personnel de cuisine | Chauffeurs labo | Autre - non précisé | Total | % |
| NC | 22 | 1 | 10 | 2 | 0 | 0 | 0 | 35 | 13% |
| Pas du tout d'accord | 22 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 27 | 10% |
| Pas d'accord | 57 | 14 | 3 | 5 | 1 | 0 | 4 | 84 | 30% |
| Neutre | 35 | 1 | 4 | 0 | 1 | 2 | 0 | 43 | 15% |
| D'accord | 46 | 4 | 12 | 0 | 1 | 1 | 4 | 68 | 24% |
| Tout à fait d'accord | 16 | 0 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 22 | 8% |
| Total | 198 | 22 | 36 | 8 | 4 | 3 | 8 | 279 | 100 |
| % | 71% | 8% | 13% | 3% | 1% | 1% | 3% | 100 | |

Première interprétation faite par la coordinatrice qualité :

55% du personnel pensent que lorsqu'un incident est signalé, on recherchera le coupable pas la cause du problème.

- Un médecin sur quatre ;
- 55% du personnel soignant ;
- huit employés administratifs sur dix ;
- trois cuisiniers sur quatre ;
- aucun membre de la pharmacie n'a ce sentiment.

Deuxième interprétation des chiffres faite par nos soins.

Une autre analyse est possible. En effet si nous décidons de mettre de côté les non-concernés et les personnes neutres, cette analyse nous amène à

- 55% du personnel n'est pas d'accord avec la proposition ;
- 44% d'accord avec cette proposition.

Nous pouvons remarquer que le constat est inversé.

2.6.2.3. Les membres de l'équipe s'inquiètent du fait que leurs erreurs puissent figurer dans leur dossier.

| <i>Les membres de l'équipe s'inquiètent du fait que leurs erreurs puissent figurer dans leur dossier personnel</i> | | | | | | | | | |
|--|--------------------|----------|-------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|-------|-----|
| Effectifs | Personnel soignant | Médecins | Employés administratifs | Personnel de la pharmacie | Personnel de cuisine | Chauffeurs labo | Autre - non précisé | Total | % |
| NC | 32 | 5 | 13 | 4 | 1 | 0 | 1 | 56 | 20% |
| Pas du tout d'accord | 10 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 15 | 5% |
| Pas d'accord | 31 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 41 | 15% |
| Neutre | 60 | 5 | 7 | 1 | 3 | 2 | 3 | 81 | 29% |
| D'accord | 55 | 6 | 6 | 2 | 0 | 1 | 3 | 73 | 26% |
| Tout à fait d'accord | 10 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 5% |
| Total | 198 | 22 | 36 | 8 | 4 | 3 | 8 | 279 | 100 |
| % | 71% | 8% | 13% | 3% | 1% | 1% | 3% | 100 | |

Première interprétation faite par la coordinatrice qualité :

Trois personnes sur quatre s'inquiètent du fait que leurs erreurs puissent figurer dans leur dossier personnel.

- Trois soignants sur quatre ;
- 65% des médecins ;
- Sept personnes sur dix du secteur administratif ;
- Trois personnes de la pharmacie sur quatre.

Deuxième interprétation des chiffres faite par nos soins.

Si nous faisons le calcul en mettant de côté les répondants neutres et non concernés comme le fait le SPF santé publique, nous arrivons à un taux de 61% de personnel d'accord avec la proposition contre 39% pas d'accord avec la proposition.

Dans cas-ci, le pourcentage diffère mais le constat reste sensiblement le même.

2.6.3. Commentaire sur l'analyse des trois questions ayant conduit au constat choisi.

Suite à l'analyse des résultats concernant ces questions, nous pouvons nous rendre compte qu'il faut être très prudent dans l'exploitation des données chiffrées. Le personnel a, si nous analysons les résultats en laissant de côté les neutres et les non concernés, surtout peur que leurs erreurs figurent dans leur dossier personnel. Suite à ce constat, nous nous demandons comment une des première phase du contrat « patient safety » qui concerne la mise en route d'un outil d'enregistrement des évènements indésirables peut se faire de manière optimale.

En effet, il se trouve qu'une des premières actions à initié, malgré les résultats de l'enquête, est de créer une fiche d'évènements indésirables, afin de permettre aux hôpitaux d'utiliser leurs erreurs pour évoluer. Selon le SPF santé publique, il sera alors possible grâce à ces déclarations de réaliser des projets en concordance avec les dysfonctionnements de l'institution.

Notre problématique a vu le jour : « un outil permettant la déclaration des évènements indésirables est mis en place alors que l'enquête démontre que les membres du personnel redoutent que les erreurs déclarées puissent figurer dans leurs dossiers .»

Il nous semble qu'en tant que futur cadre, il serait dommage de laisser cette problématique en suspens.

A partir de ce moment voici comment s'est construite notre réflexion :

- Comment l'outil de déclaration d'évènements indésirables a-t-il été construit et mis en place ?
- Quels résultats a-t-on obtenu six mois après sa mise en place ?
- Quelles théories³⁰ peuvent aider à comprendre les résultats ?
- Quelles théories pourraient être expliquées au personnel afin qu'il déclare ses évènements indésirables sans crainte ?

³⁰ Définition page 97 de ce travail.

3. Troisième partie :

Analyse microscopique du sentiment de répression face à l'erreur.

→ L'outil d'enregistrement et sa création.

- Origine de la fiche de déclaration d'évènements indésirables.
- Contenu de la fiche de déclaration d'évènements indésirables.
- Information et formation de la fiche de déclaration d'évènements indésirables au personnel.
- Résultats après six mois de mise en place.

→ Analyse du sentiment de peur et de répression.

- La sanction face à la loi.
- L'erreur humaine les facteurs qui conduisent à la survenue d'une erreur.

→ Théories démontrant l'importance d'analyser les évènements indésirables.

- Stratégies visant à réduire les erreurs.
- Le modèle de causalité.
- Le modèle de Reason.
- L'effet papillon.

Introduction de la troisième partie de ce travail.

L'institution devait, en respect du contrat signé avec le SPF santé publique, fournir rapidement un outil aux membres du personnel afin de lui permettre de déclarer la survenue d'un accident ou d'un évènement indésirable. Ce qui a donc été fait assez rapidement puisque l'enquête a été terminée en octobre 2008. Cet outil a été mis à la disposition du personnel en avril 2009.

Une sensibilisation a été effectuée dans l'établissement pour démontrer au personnel à quel point il est important d'utiliser cet outil.

L'enregistrement a eu lieu durant six mois, d'avril 2009 à septembre 2009.

Une communication, via une fiche explicative, des résultats obtenus par cet outil a été présentée au personnel durant le mois d'octobre.

Dans un premier temps, nous allons vous présenter la manière dont cette fiche a été conçue et présentée au personnel.

Dans un second temps, nous allons vous présenter quelques théories qui pourraient être présentées au personnel lors d'une deuxième sensibilisation au remplissage de cette fiche. En effet, nous parlons d'une deuxième sensibilisation car pour que cet outil fonctionne, il est à notre sens indispensable de sensibiliser le personnel régulièrement.

Tout d'abord voici la manière dont cette fiche a été conçue et présentée au personnel.

3.1. L'outil d'enregistrement et sa création.

Etant donné le regroupement inter hospitalier CHwapi, la volonté des différents coordinateurs qualité des institutions était d'utiliser le même outil sur les différents sites afin de travailler de manière la plus identique possible.

Sur le terrain voici la procédure utilisée par le site Dorcas –Union :

- ◆ Recherche d'exemples de fiches de déclaration d'évènements indésirables sur Internet par la coordinatrice qualité.
- ◆ création d'une nouvelle fiche permettant la déclaration de tout type d'évènements indésirables ;

- ◆ étude des documents existants sur le site Dorcas/Union par rapport à la déclaration des évènements indésirables. Deux fiches existent. En accord avec la direction hospitalière, un exemple de fiche a été présenté à tout le personnel au cours d'une formation. Celui-ci a eu l'occasion de s'exprimer face à cette fiche et suite aux discussions, des réajustements ont eu lieu.
- ◆ informatisation de la fiche;
- ◆ séance de formation et d'information afin de sensibiliser le personnel au remplissage de celle-ci, en insistant sur le fait que cette fiche n'a pas pour but de réprimer le personnel ayant commis la faute mais bien de déceler l'erreur qui a pu amener un évènement indésirable.

3.1.1. Origine de la fiche de déclaration d'évènements indésirables.

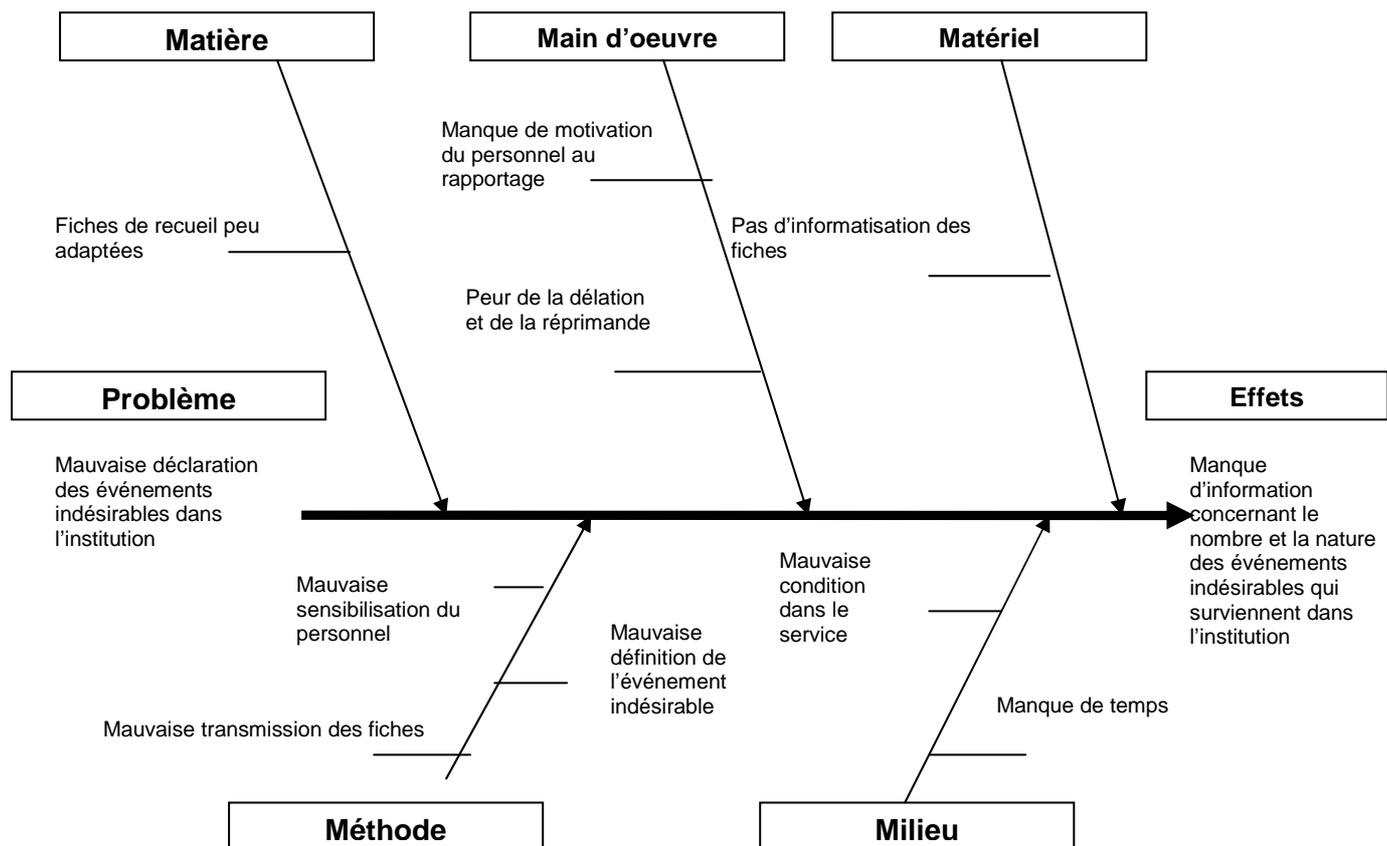
En 2004, les sites Union/Dorcas avaient déjà mis en place un système de déclaration d'évènements indésirables mais celui-ci est tombé en désuétude. L'équipe de qualité des sites Dorcas-Union a donc jugé important de décomposer le problème, d'analyser ce qui se passe sur le terrain grâce à un outil méthodologique nommé le diagramme d'Hishikawa³¹. Celui-ci a déjà fait ses preuves et est reconnu pour ses qualités de mise en évidence du lien de cause à effet.

Cette phase a permis au cadre dont la mission est la mise en place d'un système de déclaration d'évènements indésirables de mettre en évidence les éléments qui existaient déjà sur le terrain et de réaliser un bilan de la situation.

Pour cette étape, le diagramme d'Hishikawa a été retenu par l'équipe chargée de la qualité du site la Dorcas/Union afin d'analyser de manière critique le système déjà existant pour démarrer le nouvel outil.

Voici à la page suivante un exemple d'utilisation d'un diagramme d' Hishikawa pour l'analyse de cette problématique.

³¹ MAYEUX. A., *Déclarer un évènement indésirable, un élément majeur pour la sécurité du patient*, in Construire ensemble l'hôpital de demain, Tournai, 19 mai 2009, pp2.



Comme nous pouvons le remarquer dans ce diagramme, les causes de l'absence de déclaration d'évènements indésirables sont multiples :

- ◆ Au niveau de la matière, il existait deux fiches de déclaration d'évènements indésirables. Une première destinée à mettre en évidence les évènements indésirables provenant du personnel. La deuxième fiche était destinée à récolter les évènements indésirables survenus suite à un problème de matériel. Il était pertinent de réunir ces deux fiches pour n'en avoir plus qu'une pour toute déclaration.
- ◆ Au niveau de la main d'oeuvre, il a été mis en évidence un réel manque de motivation au sein des équipes face à la déclaration d'évènements indésirables. La peur de la délation suite à une déclaration est également présente. Nous pouvons facilement réaliser un calcul sur le nombre d'évènements indésirables déclarés avant la mise en place de la fiche puisqu'il n'y avait aucune déclaration faite de manière formelle, c'est-à-dire via un formulaire ad hoc transmis à la personne chargée de la qualité dans l'institution. Il est évident qu'au sein même des services des erreurs étaient commises et discutées entre collègues ou avec

la chef de service, mais aucun évènement indésirable n'était relaté au cadre appartenant à la cellule qualité et ne faisait pas l'objet d'une étude plus approfondie. Des solutions étaient apportées au sein des unités afin de diminuer l'incidence de ces évènements sans réellement savoir si ces initiatives étaient les plus heureuses. De plus, le partage des expériences et des stratégies retenues n'étaient pas institutionnelles mais restait au sein des unités. Le cadre en soins de santé peut, par le biais de la participation de l'institution au projet patient safety, bénéficier d'un outil de choix permettant de réunir les évènements indésirables survenus. Suite à cette déclaration, des pistes de réflexion seront mises en œuvre. Nous pouvons espérer qu'elles auront un impact significatif sur la gestion future des évènements indésirables.

- ◆ Au niveau du matériel, les fiches existantes pour la déclaration d'évènements indésirables n'ayant pas été informatisées et réétudiées, elles n'étaient plus utilisées par les membres du personnel. Les fiches concernant les chutes et les escarres restent d'actualités mais font partie d'un autre circuit concernant le département infirmier et non la coordinatrice qualité. Ces fiches ne seront pas supprimées. Elles seront présentées lors de la sensibilisation de déclaration des évènements indésirables, en expliquant que ces deux types d'évènements seront traités via un autre circuit.
- ◆ En ce qui concerne la méthode, il est aisé de se rendre compte qu'une méthode adéquate pour favoriser une meilleure sensibilisation du personnel et une transmission des fiches de manière appropriée à la personne ressource qui a dans ses attributions la gestion des évènements indésirables est intéressante pour pallier en partie à ce problème.
- ◆ Le milieu de travail influence beaucoup la réussite d'un tel projet. Un personnel bien dans son service, ayant des conditions optimales de travail sera plus à même à participer à ce type de projet.

Cette décomposition de la situation démontre qu'il y a au sein de l'institution choisie un manque d'information concernant le nombre et la nature des évènements indésirables qui surviennent dans l'institution.

Cette analyse a d'abord été réalisée par la coordinatrice qualité et concernait uniquement le site la Dorcas. Ensuite, cette analyse a été transposée au site Union et a rencontré les mêmes résultats.

Suite à cette analyse, il est clair qu'une des priorités concernant la déclaration des évènements indésirables devait se focaliser sur la création d'une nouvelle fiche couplée à la sensibilisation au remplissage de celle-ci.

3.1.2. Contenu de la fiche de déclaration d'évènements indésirables.

La fiche d'évènements indésirables³² nouvellement conçue est composée de deux parties.

Au recto, la première partie à compléter comprend dix points :

- 1) la personne déclarante (facultatif) ;
- 2) personne concernée (cocher la case : « patient », « visiteur », « personnel ») ;
- 3) date, lieu et heure de l'évènement ;
- 4) présence de témoin ;
- 5) identification de l'évènement ;
- 6) description et cause de l'incident ;
- 7) description et conséquences immédiates et mesures prises;
- 8) proposition d'action à mettre en œuvre ;
- 9) gravité estimée (cocher la case « faible », « modérée », « grave ») ;
- 10) fréquence (cocher la case « récurrent » ou « inhabituel »).

Au verso, la deuxième partie comprend trois aspects plus théoriques :

- ◆ définition d'un évènement indésirable ;
- ◆ pourquoi remplir la fiche ;
- ◆ notice de remplissage de la fiche.

La fiche aurait pu être conçue autrement. Les notes explicatives en première page et la fiche de déclaration en seconde page ce qui, au niveau de la sensibilisation aurait été à notre sens plus logique. Partant du principe que les membres du personnel ont participé à la séance de sensibilisation, il a paru plus pertinent pour le coordinateur qualité de fonctionner de la sorte et nous respectons son choix.

La présentation insiste sur le fait que les déclarations sont anonymes. Notre étonnement a été de constater que les premières cases à remplir, même si elles sont

³² En Annexe 4 de ce travail

facultatives, sont : nom, prénom et service de la personne déclarante. Ensuite : date et lieu de l'évènement, suivi du nom des témoins s'il en existe. Avec ces renseignements, nous ne pouvons nous empêcher de penser que la personne déclarante sera facilement identifiée.

A notre sens, il aurait été plus adéquat de placer ces cases à la fin de la fiche pour ne pas heurter la personne déclarante dès le début.

Une fois cette fiche remplie et enregistrée via le programme intranet de la clinique, celle-ci ne peut être visualisée que par les personnes chargées de la gestion des évènements indésirables, c'est-à-dire les membres de la cellule qualité. Il est encore possible de remplir cette fiche sur un format papier et de la faire parvenir via un courrier interne au responsable qualité mais cette pratique est peu recommandée car elle prend plus de temps et laisse plus de place à un risque de perte de l'information. Dès que cette fiche est sauvegardée, la personne responsable du département qualité reçoit un avertissement par mail, pour lui signaler l'encodage d'une fiche d'évènement indésirable. Elle peut ainsi la classer en vue de la traiter.

Trimestriellement, un bilan statistique est réalisé et classe tous les évènements indésirables en ordre décroissant d'effectifs afin de mettre en évidence les incidents prioritaires à traiter. Une fois cette classification effectuée, il a été choisi d'utiliser le diagramme de Pareto³³ pour analyser les fiches d'évènements indésirables. Cette méthode permet de montrer que, dans la majorité des cas, un petit nombre de facteurs a une influence majeure sur les résultats. La loi dite de Pareto des 80/20 démontre que 20% des causes expliquent souvent jusqu'à 80% des problèmes. Les évènements indésirables ayant fait l'objet d'une typologie, à la première analyse, nous constatons que la plupart des déclarations concernent 12 items (orange dans le tableau ci-dessous) sur 38 au total. Cette répartition inégale se retrouve souvent et permet de mettre des priorités dans les actions à mener pour améliorer la qualité des soins dans une institution.

Toutefois, si un évènement a une conséquence grave et qu'elle demande une intervention rapide, nous espérons que la coordinatrice qualité ne va pas attendre le bilan semestriel avant d'agir. Des procédures seront mises en place rapidement.

Voici, pour plus de compréhension, un tableau récapitulatif de la typologie.

³³ <http://villemin.gerard.free.fr/aSocial/Pareto.htm#approche>

| | Effectifs | Effectifs cumulés | %d'effectifs | % d'incidents |
|---|-----------|-------------------|--------------|---------------|
| Erreur d'identité patient | 29 | 29 | 18% | 3% |
| Autres | 23 | 52 | 32% | 5% |
| Hygiène générale | 20 | 72 | 44% | 8% |
| matériel | 13 | 85 | 52% | 11% |
| Mauvais médicament | 9 | 94 | 58% | 13% |
| Actes médicaux | 7 | 101 | 62% | 16% |
| Défaut d'information | 7 | 108 | 66% | 18% |
| Erreurs de dosage | 6 | 114 | 70% | 21% |
| Accident d'exposition au sang | 5 | 119 | 73% | 24% |
| Délais de prise en charge | 5 | 124 | 76% | 26% |
| Problèmes liés au transport int et ext. | 5 | 129 | 79% | 29% |
| Absence de prescription | 5 | 134 | 82% | 32% |
| Non respect des règles d'isolement | 4 | 138 | 85% | 34% |
| Violence | 4 | 142 | 87% | 37% |
| Erreurs de posologie | 3 | 145 | 89% | 39% |
| fugues | 3 | 148 | 91% | 42% |
| Erreurs de conservation et de stockage | 3 | 151 | 93% | 45% |
| Bris et perte d'objet personnel | 3 | 154 | 94% | 47% |
| Erreur d'approvisionnement | 2 | 156 | 96% | 50% |
| Dispositif médical | 2 | 158 | 97% | 53% |
| Sortie contre avis médical | 1 | 159 | 98% | 55% |
| Non signalement d'un patient contagieux | 1 | 160 | 98% | 58% |
| Maltraitance | 1 | 161 | 99% | 61% |
| Décès inattendu | 1 | 162 | 99% | 63% |
| Documents non complétés | 1 | 163 | 100% | 66% |
| Refus de soins | 0 | 163 | 100% | 68% |
| Tentative de suicide | 0 | 163 | 100% | 71% |
| Toxi-infection alimentaire | 0 | 163 | 100% | 74% |
| Erreurs de voie d'administration | 0 | 163 | 100% | 76% |
| Effets secondaires | 0 | 163 | 100% | 79% |
| Médicaments périmés | 0 | 163 | 100% | 82% |
| Complication pré-opératoire | 0 | 163 | 100% | 84% |
| Complication post-opératoire | 0 | 163 | 100% | 87% |
| Réadmission | 0 | 163 | 100% | 89% |
| Suivi du régime | 0 | 163 | 100% | 92% |
| Dénutrition | 0 | 163 | 100% | 95% |
| Exposition à des radiations ionisantes | 0 | 163 | 100% | 97% |
| Gestion de la douleur | 0 | 163 | 100% | 100% |

Dans ce cas-ci, à titre d'exemple, les douze premiers thèmes seront analysés et feront l'objet d'une démarche plus approfondie en vue de créer des projets pour les

solutionner en tout ou en partie. Comme nous pouvons le voir sur ce tableau, 32% des types d'évènements qu'il est possible de déclarer feront l'objet d'une analyse. Une fois les objectifs atteints, nous pouvons espérer voir d'autres items faire l'objet d'une analyse car ils passeront en avant plan par rapport aux items déjà traités.

3.1.3. Information et formation de la fiche de déclaration d'évènements indésirables au personnel.

Nous parlons d'information et de formation car ses deux termes se ressemblent mais ont une signification différente.

D'après le dictionnaire, l'information signifie que nous renseignons le personnel de l'existence de la fiche de déclaration d'évènements indésirables tandis que la formation tend à donner un ensemble de connaissances en vue de rendre le personnel capable d'utiliser cet outil.

Une fois la fiche réalisée par la personne chargée de la qualité en collaboration avec des membres du personnel du site la Dorcas/Union, celle-ci a été introduite au sein du site Notre-Dame et présentée dans le même temps lors de plusieurs séances de sensibilisation. Tous les travailleurs ont été invités à participer à une séance d'information et de formation à propos du remplissage de la feuille des évènements indésirables. Ces séances ont été réalisées dans l'institution durant les heures pendant lesquelles il y a un maximum de personnel présent dans l'établissement.

Il fut demandé vivement à chaque praticien d'y participer.

Ces séances comportaient deux parties.

La première partie consistait à expliquer et à informer le personnel en quoi il est intéressant de remplir cette fiche et donc de déclarer un évènement indésirable. Celle-ci commençait en définissant la notion d'évènement indésirable.

La deuxième partie s'attardait sur la présentation et la manière de remplir la fiche. Nous pouvons ici parler de formation du personnel à l'utilisation de la fiche.

Durant cette présentation, plusieurs questions ont été abordées :

- ◆ Pourquoi signaler ?

A cette question, il est expliqué que chaque incident rapporté est une source importante d'information. Remplir une fiche d'évènement indésirable permet d'identifier, d'analyser, d'établir une cartographie des risques afin de les réduire au

maximum. A partir de l'analyse des évènements signalés, des actions permettront de corriger les dysfonctionnements et de prévenir leur apparition ou réapparition.

◆ Que signaler ?

Tout accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèle un état de risque, d'insécurité ou de non qualité, pour les patients, les professionnels ou les visiteurs.

◆ Qui signale ?

Il est expliqué que la sécurité est l'affaire de tous, l'ensemble du personnel peut déclarer un évènement indésirable.

Même si ces propos peuvent paraître démagogiques, nous ne pouvons que confirmer que chaque acteur au sein de l'institution a un rôle à jouer dans la gestion de la sécurité au sens large du terme.

◆ Comment signaler ?

En remplissant

- la fiche d'évènement indésirable prévue à cet effet (papier ou informatisé) ;
- la fiche de déclaration spécifique aux chutes ;
- la fiche de déclaration spécifique aux escarres.

◆ Quand signaler ?

Dès la constatation de l'évènement.

◆ Comment sont traités les documents ?

Chaque document garde sa confidentialité. Il est numéroté et classé. A la fin de chaque trimestre, les fiches et leurs évènements indésirables seront analysés par le comité patient safety de l'établissement.

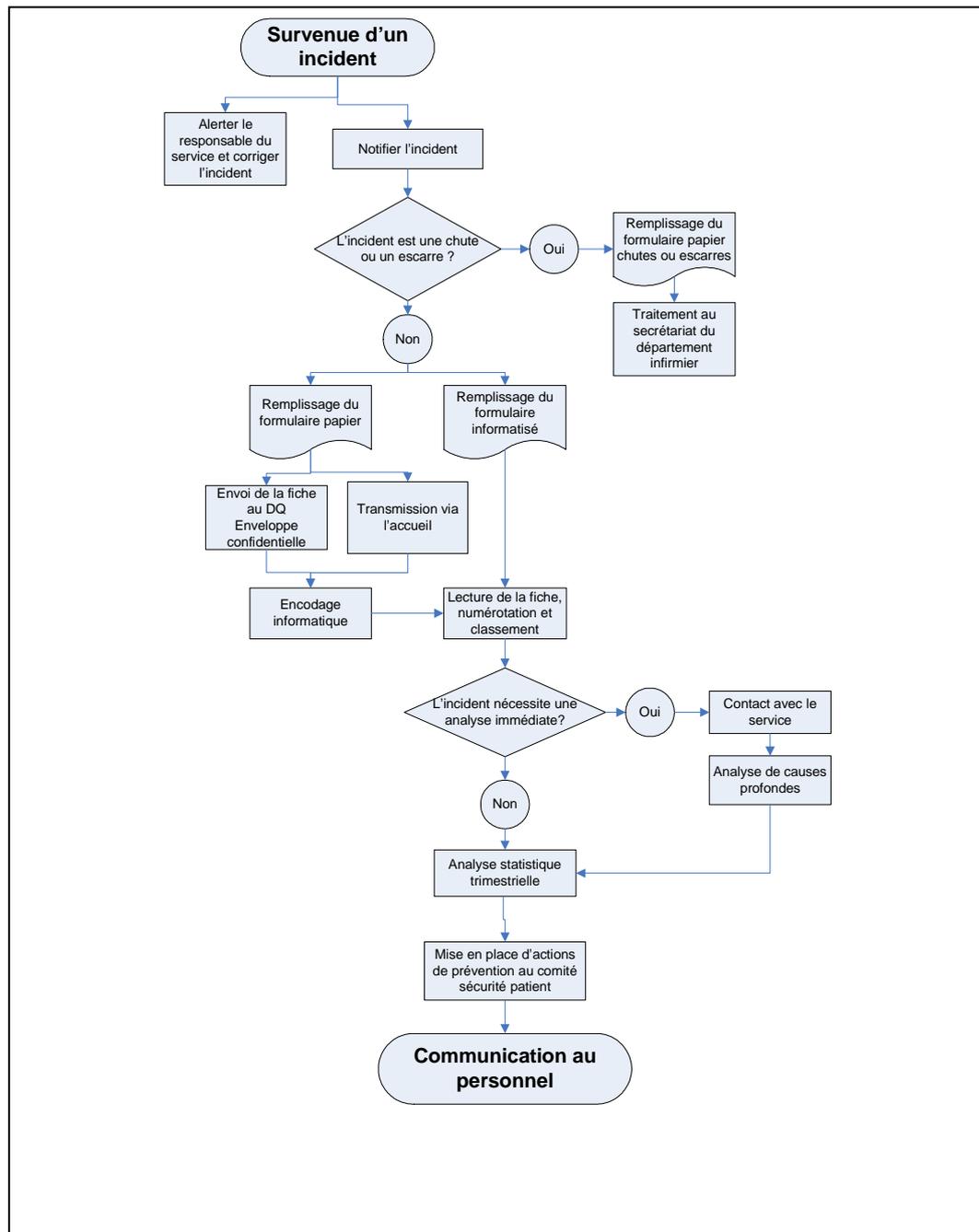
Semestriellement, le personnel recevra un tableau de bord reprenant les évènements déclarés et classés ainsi que les décisions d'actions d'amélioration mises en place par le comité sécurité du patient pour tout l'établissement.

Le but premier est de sensibiliser le personnel au fait qu'il est important de passer par une phase de déclaration avant d'initier des actions. Il faut d'abord identifier les problèmes fréquemment rencontrés et ensuite trouver des solutions d'amélioration.

Un accent a été mis sur le fait que le but n'est pas de trouver un coupable mais de se servir des erreurs et des dysfonctionnements pour évoluer, pour s'améliorer.

Un diagramme du circuit des évènements indésirables a ensuite été présenté pour résumer tout le circuit des évènements indésirables signalés.

Voici le diagramme récapitulant le circuit des fiches d'évènements indésirables présenté ci-dessus.



A ce jour, dans l'institution choisie pour réaliser notre travail, c'est-à-dire le site Notre-Dame, le cycle est arrivé au niveau de l'analyse statistique semestrielle.

Au regard de ce schéma, nous pouvons penser que la dilution des informations risque d'être importante et que la procédure de déclaration d'un évènement indésirable paraît assez fastidieuse. La récolte se faisant quasiment exclusivement par fiches informatisées, il y a peu de risque que l'information se perde. De plus et

pour être le plus complet possible, ce schéma reprend l'analyse des déclarations d'évènements indésirables ainsi que le circuit des fiches concernant les escarres et les chutes ; ce qui le rend compliqué à première vue.

3.1.4. Résultats après six mois de mise en place.

A ce jour, après six mois de fonctionnement, l'équipe de qualité a recensé 45 déclarations grâce à la fiche d'évènements indésirables pour 695 travailleurs. Par rapport à la période précédant la mise en place de cette fiche, c'est une progression. Nous avons contacté la coordinatrice qualité du site Union et Dorcas, ces deux sites faisant partie du regroupement hospitalier CHwapi, afin de connaître le nombre de déclarations obtenues durant la même période. Sans entrer dans une étude comparative mais sachant que les deux sites réunis compte 450 lits pour 258 lits sur le site de Notre-dame, voici les chiffres que nous avons obtenus :

- 108 déclarations sur le site union;
- 75 sur le site la dorcas.

A ce stade, le cadre a informé et formé le personnel sur la procédure d'utilisation de cette fiche. Ces déclarations prouvent que le système fonctionne.

Néanmoins, nous pouvons remarquer que les chiffres obtenus sur les sites Union, Dorcas sont sensiblement plus élevés proportionnellement au nombre de lits. Plusieurs hypothèses peuvent être énoncées pour expliquer cette différence :

- Le personnel du site Notre-Dame n'a pas participé à la réalisation de la fiche de déclaration d'évènements indésirables ;
- La coordinatrice qualité est présente depuis moins longtemps dans l'institution choisie pour ce travail, l'institution s'est inscrite depuis peu (avril 2008) dans une démarche qualité ;
- La sensibilisation du personnel a été moins comprise et n'a pas réussi à diminuer tout à fait la peur des représailles du personnel face à cet outil de déclaration ;

Voici des éléments de réponses pour ces trois hypothèses.

- ◆ Concernant le contenu de la fiche de déclaration d'évènements indésirables. Un des buts premiers était que toutes les institutions du regroupement hospitalier CHwapi utilisent le même outil de déclaration des évènements indésirables. Celui-ci a été réalisé grâce à une collaboration entre l'équipe qualité et le personnel du site Union et Dorcas. Il était donc intéressant d'utiliser la fiche déjà existante.
- ◆ Concernant la démarche qualité, l'institution a décidé depuis peu de se lancer dans ce type de démarche. Ce genre de projet doit mûrir tant au sein de l'institution qu'au sein des équipes. Nous ne savons pas agir sur ce facteur, il faut laisser le temps au temps.
- ◆ Notre attention s'est alors portée sur la troisième hypothèse qui se partage en deux idées différentes :
 - La sensibilisation du personnel ;
 - La diminution de la peur des représailles.

En effet la sensibilisation a un impact important sur la réussite de tout projet. Un personnel bien sensibilisé trouvera sa place dans le projet et sera motivé à y participer. De plus, pour que l'outil fonctionne au mieux, il serait intéressant de diminuer la réticence du personnel face à la déclaration d'évènements indésirables.

Nous nous sommes dès lors demandés ce qui inciterait les membres du personnel à utiliser la fiche d'évènements indésirables au mieux.

Nous pensons que deux points sont primordiaux pour la réussite de l'utilisation de cet outil.

- Réussir à diminuer le sentiment de répression face à l'erreur, mis en évidence par l'enquête « patient safety » ;
- Effectuer régulièrement une sensibilisation adéquate des membres du personnel.

En parcourant la littérature, nous avons découvert des théories qui pourraient faire l'objet d'une seconde sensibilisation. Ces théories pourraient, d'une manière différente, expliquer au personnel que cette réticence peut exister mais qu'elle ne

doit pas être un frein à la déclaration d'évènements indésirables et d'insister en quoi il est important de déclarer tout évènement indésirable.

3.2. Analyse du sentiment de peur et de répression.

D'après les résultats retenus par l'enquête, nous avons trouvé plus logique d'utiliser la méthode employée par le SPF santé publique qui consiste à laisser de côté les personnes neutres et les personnes non concernées. Nous avons pu mettre en évidence que 60% des travailleurs dans l'institution concernée par notre étude ont peur que les erreurs déclarées puissent figurer dans leur dossier. Cela veut dire que six personnes sur dix ont l'impression que la direction se servira des déclarations des évènements indésirables pour sanctionner son personnel.

Or, pour que la récolte des évènements indésirables puisse offrir une base de données suffisante pour mettre en route des actions d'amélioration, il est indispensable que le personnel soit conscient que la déclaration d'un évènement indésirable est un outil d'évolution et non un système qui lui portera préjudice.

Pourquoi les travailleurs ont peur de déclarer leurs fautes, leurs erreurs ?

Nous faisons une distinction entre faute et erreur car dans la littérature, les définitions sont différentes.

D'après le dictionnaire, les deux mots se définissent comme suit :

- ◆ Une faute est « un *manquement à une norme, aux règles d'une science, d'un art, d'une technique* ».
- ◆ Une erreur est « *une action de se tromper, faute commise en se trompant ; méprise.* »

Le terme « manquement » donne une connotation plus volontaire dans les faits. Le terme « méprise » renvoie vers le verbe se tromper.

Les mots clés « fautes et erreurs », font partie du vocabulaire et renvoient très vite vers le mot sanction. Les mots erreurs et fautes renferment une connotation négative de culpabilité, de responsabilité et cela vient de l'éducation reçue dès notre plus tendre enfance. Les résultats de l'enquête « patient safety » concernant l'enregistrement des incidents confirment que l'association « fautes, erreurs » sont ancrées dans notre culture et renvoient directement vers le mot sanction.

Il n'y a donc rien d'étonnant au fait que le personnel soit hésitant à déclarer ses erreurs. C'est d'ailleurs pour cette raison que le SPF santé publique a décidé de traduire les « erreurs commises » par le personnel en « évènements indésirables » ceci donne une connotation moins négative aux faits déclarés.

Il faut développer une culture sécurité, qui tenterait de faire disparaître cette association quasi automatique entre erreur et culpabilité, sans pour autant tolérer les erreurs survenues pour fautes graves, fautes lourdes ou répétitives. Celles-ci seront toujours soumises à une sanction prévue à cet effet.

Si nous nous référons à l'Institute of Medicine ³⁴ de Washington, une culture de sécurité implique un schéma intégré de comportement, tant individuel qu'organisationnel, basé sur des valeurs et des convictions partagées, qui vise en permanence à réduire, autant que possible, le risque que le patient subisse un dommage suite à un processus de soins.

Une fois cette culture inculquée, les membres du personnel seront peut-être plus ouverts à signaler les erreurs remarquées au sein de leur institution sans avoir peur d'éventuelles représailles.

Ce sentiment de peur résulte de la situation présente dans l'institution Notre-Dame avant la mise en place de ce système de signalement d'évènements indésirables. Sur quoi se base ce sentiment ?

3.2.1. La sanction face à la loi.

Notre démarche a été de lire le règlement de travail du site Notre-Dame. À ce jour, celui-ci n'existe pas encore pour le regroupement hospitalier du CHwapi. Chaque institution à son propre document. Nous pensions y découvrir des précisions à propos des fautes et évènements indésirables. Le règlement de travail étant unique pour toutes les catégories de travailleurs, il est difficile d'y inscrire toutes les conditions pouvant conduire à une sanction. Nous n'avons trouvé aucun paragraphe reflétant vraiment des sanctions en vigueur lors de la déclaration d'un évènement indésirable. Il est certain que les sanctions éventuelles seront à apprécier en fonction de la nature et des conséquences de l'erreur. Les tribunaux compétents devront

³⁴ Institute of Medicine; Patient Safety: Achieving a New Standard of Care. Washington DC: The National Academies Press; 2004.

alors statuer. Rien de réellement concret ne peut être exploité pour découvrir à quoi est due cette peur des représailles en cas de déclaration d'un événement indésirable retenue par l'enquête patient safety.

Les lecteurs intéressés peuvent découvrir en annexe 5 les seuls faits figurant dans le contrat de travail³⁵ de l'institution pouvant mettre fin au contrat.

Si nous faisons un détour par la législation face à la déclaration des événements indésirables, nous pouvons remarquer qu'aucune législation n'a encore été votée par rapport à l'utilisation des fiches d'événements indésirables. La loi ne prévoit pas de suite pour la personne déclarante.

Durant un colloque organisé par le SPF santé publique en mai 2009 concernant la sécurité du patient et l'outil de déclaration d'événements indésirables, une question a été soulevée par les participants : « avez-vous déjà réfléchi à une législation concernant l'exploitation des fiches d'événements indésirables ? ».

Les hauts fonctionnaires du SPF santé publique ont répondu qu'une étude était en cours à ce sujet. Le dilemme est qu'il faut protéger tous les partis intervenants dans le milieu hospitalier sans pour autant les discréditer face à la faute commise. Rien n'est encore légalisé à ce sujet.

Analysons plus précisément la conception de l'erreur et plus encore « l'erreur humaine » qui trouve toute sa place dans les milieux hospitaliers.

3.2.2. L'erreur humaine et les facteurs qui conduisent à la survenue d'une erreur.

Il s'agit tout d'abord de reconnaître et de comprendre l'erreur humaine.

Pour cette partie, nous négligeons volontairement le statut spécifique de l'étudiant car celui est encadré au cours de son stage par le moniteur et le ou les infirmière(s) référents. L'erreur humaine est soit un écart à l'attention, soit un écart entre le comportement réel du praticien et ce qu'il aurait dû être. Les erreurs peuvent être classées entre différentes catégories³⁶ : les erreurs de routines dues à

³⁵ Règlement de travail de la Clinique Notre Dame de Tournai, septembre 2009, pp16-17.

³⁶ PETIT. J., THIERRY.A., *le management du risque dans les entreprises à haut risque : quels outils ?*, Rouen, juin 2005,5p.

l'hypovigilance (prendre une ampoule à la place d'une autre) ; les erreurs de procédures (le patient est transféré, il n'y a pas de suivi de régime alimentaire) ; les erreurs liées au manque de connaissances (connaître les premiers soins à donner en cas d'arrêt cardiaque d'un patient). Ces trois catégories de sources d'erreurs peuvent conduire régulièrement à la survenue d'évènements indésirables aux conséquences diverses.

Dans un premier temps, il faudra analyser ce qui est à l'origine de l'évènement indésirable pour pouvoir agir de manière efficace et pertinente.

Dans un second temps, une fois cette analyse effectuée, il sera possible d'envisager des procédures à mettre en route sur le terrain pour éviter que ces erreurs ne soient de nouveau à la source d'un évènement indésirable.

La catégorisation des types d'erreurs nous guidera dans la mise en place des différents projets visant à l'amélioration des soins de santé ; erreurs qui sont à la base d'évènements indésirables.

Exemple :

- Si l'évènement indésirable est dû à une erreur d'hypovigilance il faudra étudier le contexte, l'infirmière travaille dans un service qu'elle ne connaît pas bien.
- Si l'évènement indésirable est dû à une erreur de procédure, il faudra revoir les itinéraires de soins par exemple.
- Si l'évènement indésirable est dû à une erreur de connaissance, il faudra développer des formations adéquates.

Les erreurs humaines peuvent être également rapportées par rapport à la défaillance en cause. Les défaillances actives sont des actes risqués en bout de chaîne, qui précèdent immédiatement la survenue des accidents (exemple, l'infirmière qui injecte un antibiotique à un patient, n'est pas l'infirmière qui a préparé celui-ci et elle ne vérifie pas le nom de l'injection). Le cadre a un rôle important à jouer au niveau des défaillances organisationnelles car il est à la base du fonctionnement de l'activité. Il crée, il soutient, il évalue l'activité de son service. Ces défaillances correspondent à des décisions qui concernent les échelons élevés de l'organisation qui ne sont pas en prise directe avec le système (exemple : les horaires font que l'infirmière se retrouve seule dans son service durant trente minutes).

Ces défaillances sont habituellement silencieuses et ne se manifestent qu'occasionnellement par combinaison avec des facteurs déclenchants (Exemple,

l'infirmière faisant le poste du matin prépare les injections pour sa collègue sachant qu'elle va se retrouver seule et qu'il y a beaucoup de travail. Au moment de l'injection, il y a un risque accru de confusion entre deux patients).

Deux types de facteurs sont reconnus comme prédisposant aux erreurs humaines. Certains facteurs dits « personnels » sont liés au professionnel lui-même et tiennent à ses caractéristiques personnelles ou à son histoire passée ou présente (formation, expérience, intelligence, motivation, état émotionnel, fatigue, stress...). Les autres facteurs dits « contextuels » sont liés à l'environnement dans lequel l'activité est organisée (manque de locaux adaptés, manque de personnel) et augmentent la difficulté de réalisation de l'activité de manière tout à fait correcte. Il s'agit des conditions de travail, de la qualité de l'environnement, de la pression temporelle, des procédures inadéquates, de l'ambiance générale de travail. Le cadre se doit de mettre en place des conditions optimales dans lesquelles l'activité est effectuée : environnement, procédures, etc.

L'erreur doit, dans la plupart des situations, être considérée comme le début de l'analyse et non comme la fin d'un processus. Si les erreurs se produisent, c'est que le système le permet et il faut donc s'interroger sur celui-ci.

Durant nos lectures, une étude du CHU de Rouen ³⁷ nous a paru intéressante car elle résume la théorie sur les erreurs présentées ci-dessus. Cette étude explique que plusieurs facteurs peuvent être à la source d'un évènement indésirable. Au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, la Direction de la qualité se contentait de classer en deux types de catégories les accidents analysés : les actes dangereux et les conditions à risque. Aucune attention n'était portée à la contribution des éléments de contexte et des mesures de prévention. Or, les règles élaborées sur la seule analyse rétrospective des accidents ne permettent pas de prendre en compte les imperfections des systèmes. A partir de cette constatation, nous pouvons en déduire que la gestion des risques doit être intégrée progressivement, dans une logique d'amélioration continue de la qualité. Nous pourrions alors partir du principe que la plupart des erreurs du personnel infirmier ne sont pas commises volontairement et sont le plus souvent dues à un dysfonctionnement dans le système

³⁷ Petit .J, Thierry .A, *Le management du risque dans les entreprises à haut risques : Quels outils ?* Direction de la qualité, CHU-Hôpitaux de Rouen, juin 2005, pp1-5.

hospitalier. D'où, une fois de plus, l'importance de la mission du cadre dans la gestion de son service. Tout projet visant à augmenter la sécurité des soins hospitaliers doit être au centre d'une stratégie qui, à plus ou moins long terme diminuera la survenue d'erreurs.

Ces théories expliquées ci-dessus pourraient servir d'introduction lors d'une future sensibilisation ; ce qui est pour notre part nécessaire pour la réussite du projet concernant le remplissage de la fiche de déclaration d'évènements indésirables.

Néanmoins, en tant que futur cadre, nous pensons qu'il faut encore que les membres du personnel comprennent que la déclaration des évènements indésirables ne se retournera pas contre la personne déclarante mais sera utilisée comme levier pour faire évoluer l'organisation de l'institution.

Comme dit précédemment, l'évènement indésirable commis doit être considéré comme le début de l'analyse et non comme la fin d'un processus. Le cadre a un rôle important à jouer dans la sensibilisation du personnel.

Pour cela, plusieurs théories peuvent être expliquées par un cadre aux membres du personnel pour faire comprendre qu'il est primordial de déclarer les évènements indésirables afin d'en permettre l'analyse et à terme de diminuer leur incidence dans une situation identique.

Nous vous en faisons la présentation dès maintenant.

3.3. Théories démontrant l'importance d'analyser les évènements indésirables.

3.3.1. Stratégies visant à réduire les erreurs.

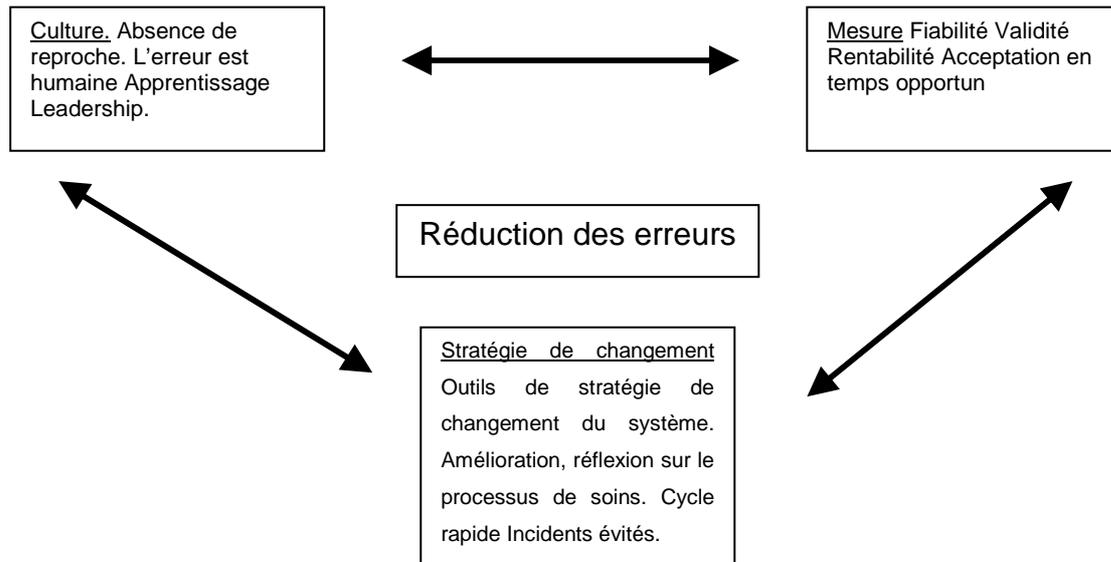
Une étude canadienne³⁸ a mis sur pied un schéma expliquant un modèle conceptuel des stratégies visant à rendre les soins de santé plus sûrs. Nous pensons que les

³⁸ ROSS BAKER.G., NORTON.P, « *La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien : un examen et une analyse systématiques des principales initiatives prises dans le monde* », Canada, janvier 2001, 29p.

équipes de soins ont besoin de comprendre pourquoi il est important de déclarer tout évènement indésirable.

Le modèle ci-dessous tente d'expliquer que les erreurs commises sont au centre d'un système complexe.

Modèle conceptuel des stratégies visant à rendre les soins de santé plus sûrs :



Ce cycle ne doit pas toujours être utilisé de la même manière. En fonction du problème survenu, il sera important de débiter par l'une ou l'autre phase. Pour certains évènements indésirables, il sera judicieux d'effectuer une mesure avant de penser à mettre en place des actions correctrices. Pour d'autres erreurs, le cycle prendra tout son sens en étudiant la situation à partir de la culture ou en mettant en place une solution rapide car l'évènement déclaré risque d'avoir des conséquences plus graves et il faut agir rapidement.

Le cycle ci-dessus montre l'interdépendance des trois principaux domaines qui interviennent dans la sécurité du patient.

Tout d'abord, la culture, qui comprend le leadership et les activités d'apprentissage. En effet la culture de l'entreprise va conditionner les réactions de chacun dans son institution de travail. Dans ce schéma, nous parlons de l'importance du leadership qui est, de par sa fonction de chef, susceptible d'avoir une influence sur le projet.

Ensuite, les outils et stratégies de changement de système qui comprennent les méthodes nécessaires pour modifier les modes de fonctionnement actuel. Ces outils vont tenter d'améliorer la sécurité des soins dans l'institution. Nous pouvons penser

à des outils tels que la fiche de déclaration d'évènements indésirables et d'autres initiatives tout aussi intéressantes.

Si nous investiguons un peu plus le schéma de la page précédente et la théorie qui en découle, nous pouvons citer des recommandations qui pourraient contribuer et être étudiées pour chaque domaine. Celles-ci pourraient influencer de manière significative la sécurité du patient en milieu hospitalier. Nous pouvons remarquer que le cadre a un rôle à jouer dans plusieurs recommandations.

Voici une liste³⁹ non exhaustive des actions qui pourraient aider à améliorer la sécurité du patient en milieu hospitalier.

Concernant la culture d'entreprise et le leadership uniquement :

- ◆ Tenir des ateliers concernant les rôles du leadership ;
- ◆ Préconiser une meilleure communication et une plus grande transparence en ce qui concerne les ordres professionnels ;
- ◆ Mettre en place une aide financière pour l'éducation des patients en matière de sécurité ;

Concernant les outils et stratégies de changement du système :

- ◆ Organiser des ateliers régionaux sur les pratiques exemplaires afin que chacun expose son vécu et ses stratégies ;
- ◆ Mettre en place une aide financière pour les projets pilotes.

Concernant la culture d'entreprise, le leadership, les outils et stratégies de changement du système :

- ◆ Mettre sur pied au sein de chaque institution un comité d'experts sur la sécurité des patients ;
- ◆ Mettre davantage l'accent sur l'importance de la sécurité du patient.

Concernant les données et les mesures :

- ◆ Améliorer le système de déclaration des évènements indésirables ;

³⁹ ROSS BAKER.G., NORTON.P, « *La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien : un examen et une analyse systématiques des principales initiatives prises dans le monde* », Canada, janvier 2001, 29p.

- ◆ Faciliter la déclaration des évènements indésirables.

Concernant les trois principaux domaines de ce cycle, c'est-à-dire la culture d'entreprise et le leadership, les outils et stratégies de changement du système, les données et les mesures :

- ◆ Etablir des priorités dans le secteur de la sécurité ;
- ◆ Créer des aides financières pour la sécurité des patients comme le fait le SPF santé publique en Belgique ;
- ◆ Intégrer la sécurité des patients dans toutes les activités de soins ;
- ◆ Améliorer la gestion des risques.

Les recommandations énumérées précédemment peuvent fournir aux cadres en soins de santé des lignes d'actions visant non seulement à approfondir les connaissances des professionnels de la santé au sujet de la sécurité des patients, mais également à établir des politiques et des systèmes au niveau de leur organisation. Nous croyons que les actions proposées ci-dessus aideraient à affronter les défis définis par le projet patient safety. Elles nécessitent toutefois l'implication des cadres ainsi que de tous les professionnels de la santé.

Nous pouvons comprendre que la mesure qui concerne la collecte et la communication des données permettra d'identifier les secteurs prioritaires, ainsi que la répercussion des améliorations sur les évènements indésirables et les erreurs. Dès que cette récolte est effectuée, grâce à un outil adéquat, il sera possible de mettre en place des actions d'amélioration.

Dans notre cas, le projet visant à améliorer la sécurité du patient en analysant les effets indésirables survenus, commence par une phase de mesure cumulée à une tentative de mise en place d'une culture où chacun se sent libre de déclarer tous les évènements indésirables. En effet l'outil de déclaration d'évènements indésirables a été présenté en même temps qu'une sensibilisation du personnel pour que celui-ci comprenne que les déclarations ne se retourneront pas contre eux.

Après six mois de mesure, une phase de stratégie de changement a été créée. Des projets sont mis en place pour essayer de trouver des solutions aux évènements indésirables déclarés.

Cette théorie est en adéquation avec le projet et pourrait être présentée au personnel lors d'une deuxième sensibilisation.

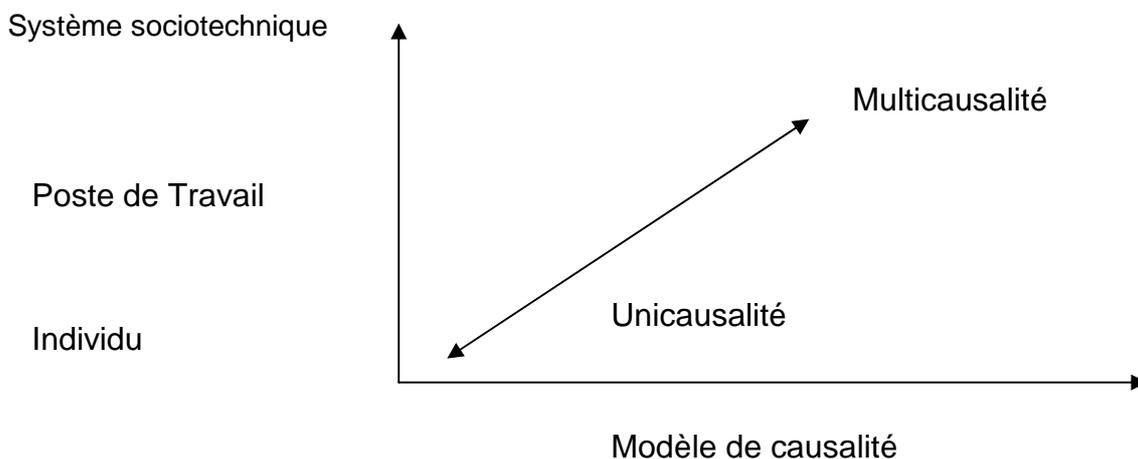
3.3.2. Le modèle de causalité.

Une façon de percevoir et d'expliquer la manière dont peut se produire un incident est de décortiquer le rôle des intervenants dans un modèle de causalité⁴⁰.

Tout d'abord, arrêtons-nous sur cette phrase qui, d'après le professeur AS Nyssen, devrait être connue de tous pour engendrer ce type d'approche: « *L'enquête sur un accident ou un incident a pour objectif fondamental la prévention de futurs accidents ou incidents. Cette activité ne vise nullement à la détermination de fautes ou des responsabilités.* »

Ensuite un tableau expliquant cette phrase ci-dessus et reprenant les liens entre l'évolution des idées sur la causalité⁴¹ des accidents établis par le professeur AS Nyssen nous donne également quelques explications. Nous pourrions, grâce à ce tableau, nous rendre compte de la complexité d'analyser la survenue d'un événement indésirable et tous les systèmes que cela implique.

Evolution des idées sur la causalité des accidents :



Ce schéma nous démontre qu'il est possible de la part des membres du personnel de percevoir la survenue d'un événement indésirable ainsi que les causes qui y sont

⁴⁰ Nyssen AS , *L'analyse d'un accident : un exercice plus difficile qu'il n'y paraît*, in Méthodes rétrospectives d'analyse d'accidents, mai 2009,p14.

⁴¹ Définition page 97 de ce travail.

intimement liées de manières très différentes. Il existe une certaine gradation dans le ressenti de la personne ayant eu un rôle lors de l'apparition cette défaillance.

Soit il se sentira le seul coupable et n'en voudra qu'à lui-même. Il est alors peu probable que l'individu cherche les causes extérieures qui ont eu un effet lors de la réalisation de l'erreur.

Soit il essaiera de trouver tous les éléments, tous les facteurs qui ont pu le conduire à réaliser cette faute. De la sorte il ne se sentira pas seul coupable et sera capable d'étudier le système et les origines multiples qui ont pu conduire au dysfonctionnement. Il pourra alors tenter de mettre en place des actions en vue d'améliorer le système.

Au regard de cette approche, nous pouvons comprendre que chaque individu aura une analyse différente pour toute survenue d'un évènement indésirable. Cette théorie est parfois séduisante afin de diluer la responsabilité de l'acteur mais une fois de plus, il ne faut pas tomber dans l'excès où plus personne ne se sent responsable. L'idée de cette théorie est de faire comprendre à chacun que nous faisons partie d'un système complexe qui doit être étudié dans son entièreté lors de la mise en évidence d'un dysfonctionnement.

Cette théorie est intéressante mais pour notre part cette approche ne peut englober les fautes lourdes et intentionnelles d'un travailleur.

Dès lors pour résoudre un dysfonctionnement, il faut étudier tout le fonctionnement de l'acte l'ayant mis en évidence. C'est bien ici que le rôle du cadre est primordial. Le cadre doit faire prendre conscience au personnel qu'il fait partie d'un système dont, la plupart du temps il subit les dysfonctionnements. Il n'est donc en général pas le seul fautif lors de la survenue d'un évènement indésirable. Une fois que le personnel aura pris conscience de cet aspect, il sera prêt à déclarer les évènements indésirables survenus et à proposer des actions en vue d'éviter qu'ils ne se reproduisent. Nous verrons alors apparaître des changements de vocabulaire : le facteur causal unique laisse place au système de causalité des accidents, la culpabilité individuelle laisse place aux stratégies visant à réduire les erreurs.

La première théorie, présentée ci-dessus et parlant d'une stratégie visant à réduire les erreurs, met en évidence qu'il est important d'analyser tout le système pour tenter

de réduire les erreurs. Il faut passer par une série de phases pour espérer avoir un résultat.

La deuxième théorie parlant d'un modèle de causalité, met en évidence la place de chaque membre du personnel face aux événements indésirables survenus.

Ces théories ne nous ont pas tout à fait convaincus. Nous pensons qu'elles sont très intéressantes mais ne conviennent pas tout à fait pour la sensibilisation du personnel. Lors de nos différentes lectures, nous avons découvert une théorie qui paraît plus complète et appropriée, la théorie de Reason. En effet, celle-ci parle d'une évolution des idées qui paraît plus en concordance avec la réalité des institutions hospitalières ainsi qu'au vécu sur le terrain.

3.3.3. Le modèle de Reason⁴².

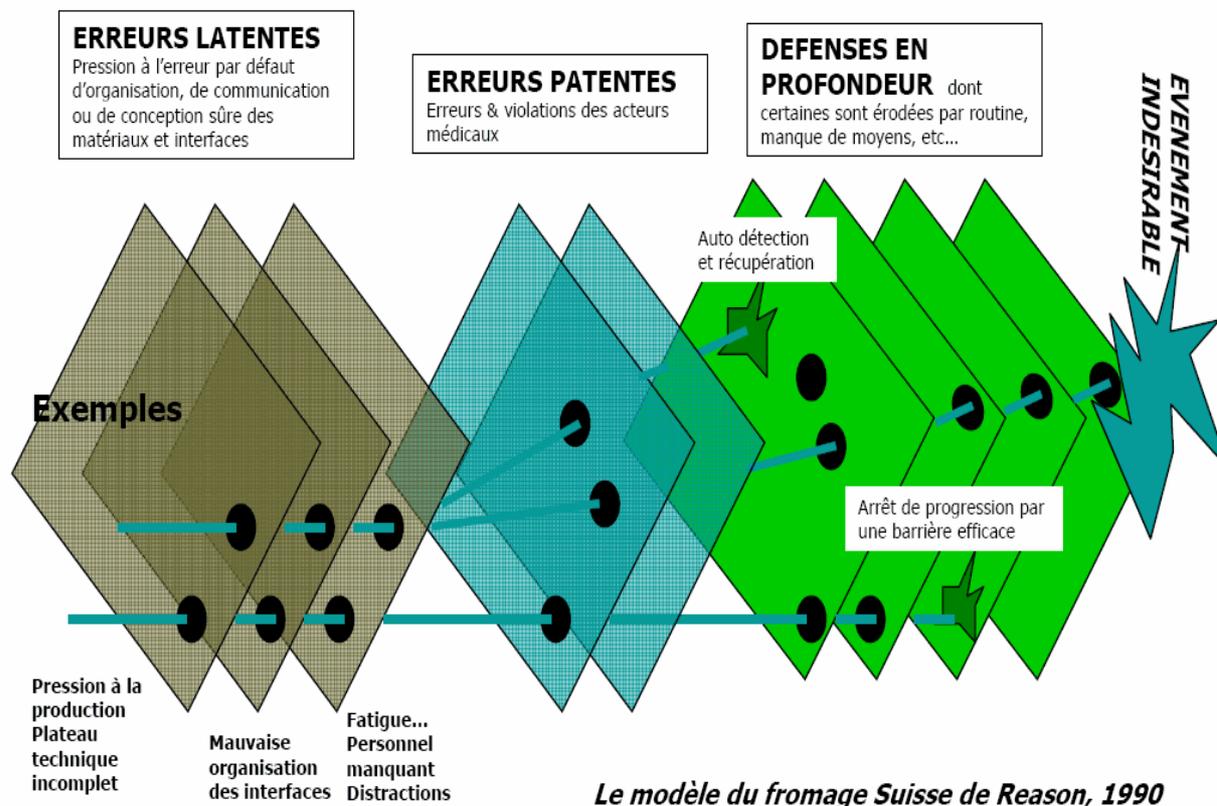
Le « modèle de Reason » défend l'idée qu'il est relativement rare qu'un accident, qu'un incident, qu'un événement indésirable soit dû à une cause unique. D'après cette théorie, la plupart des accidents sont la conséquence d'une succession de faits et/ou de comportements qui conduisent à l'accident. L'accident est présenté dans ce modèle comme une conjonction de défaillances portant notamment sur le management, les équipements, les procédures, l'encadrement, les conditions de travail et sur les pratiques professionnelles. Si l'on modifie un élément défaillant de la chaîne, on peut au pire ne pas changer grand-chose, au mieux éviter l'accident.

Ce modèle proposé par le Professeur James Reason de la Manchester Université aide à comprendre pourquoi les accidents surviennent et aide à mettre en lumière la complexité des relations de causes à effets. Ce modèle va au-delà des circonstances immédiates de l'accident et examine minutieusement les conditions préalables à l'évènement.

Cet outil peut être utile pour définir qui doit prendre les mesures et lesquelles, afin d'éviter les accidents à l'avenir ou d'atténuer leurs effets.

⁴² http://www.aquares49.fr/documentation/colloque2008/2008_amalberti_Angers.pdf

Une profonde évolution des idées



Pour faciliter notre compréhension, voici quelques explications à propos de ce schéma.

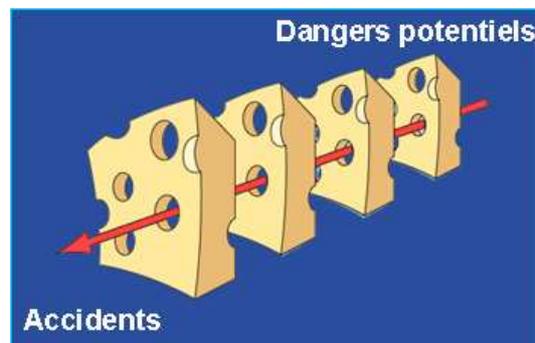
Les erreurs latentes concernent les erreurs perçues mais qui n'ont pas eu d'impact direct sur l'erreur commise. Les erreurs latentes sont retrouvées dans les causes de l'évènement indésirable survenu. Elles sont liées aux équipements, aux procédures, aux conditions de travail. Exemples : personnel fatigué, sous pression ; personnel mal ou peu formé ; l'entretien du matériel, mise en place du matériel non stérilisé sans vérification, etc.

Les erreurs patentes se distinguent des erreurs latentes par le fait qu'elles sont commises par les professionnels au contact du patient ou dans la chaîne de soins active. On peut assimiler les erreurs actives aux pratiques professionnelles. Exemples : administration du mauvais dosage de l'antibiotique, non respect de la prescription médicale, réalisation d'un pansement sans vérifier la stérilité du set à pansement, etc.

Les défenses en profondeur concernent toutes les vérifications qui devraient exister avant la réalisation d'un acte. Les défenses devraient atténuer les conséquences ou la survenue d'un acte dangereux. Exemples : les vérifications au lit du patient, vérification de son identité, vérification de la dose du médicament à injecter avant l'administration, etc. Si les conséquences sont fortes, c'est que les défenses ne sont pas assez efficaces et il convient de travailler sur celles-ci.

Grâce à ce modèle, il est possible de décomposer l'évènement indésirable ou l'acte posé en plusieurs tranches. Ces tranches représentent alors chaque séquence de l'acte, chaque intervenant. Une tranche peut mettre en évidence le nombre de personnel présent à ce moment là. Une autre peut représenter le moment de la journée et l'état de fatigue du personnel, etc. Il va alors être possible de reprendre une séquence à la fois, de l'analyser et de mettre en place les dispositions adéquates. Le nombre de tranches peut varier d'une situation à l'autre et les orifices peuvent être plus ou moins grands en fonction du manquement signalé.

Le modèle de Reason est également connu sous le nom du modèle du fromage suisse dont voici le schéma⁴³.



Les défenses, les barrières et les sécurités peuvent être comparées à des tranches de gruyère avec des trous qui symbolisent les failles dans chaque niveau de défenses :

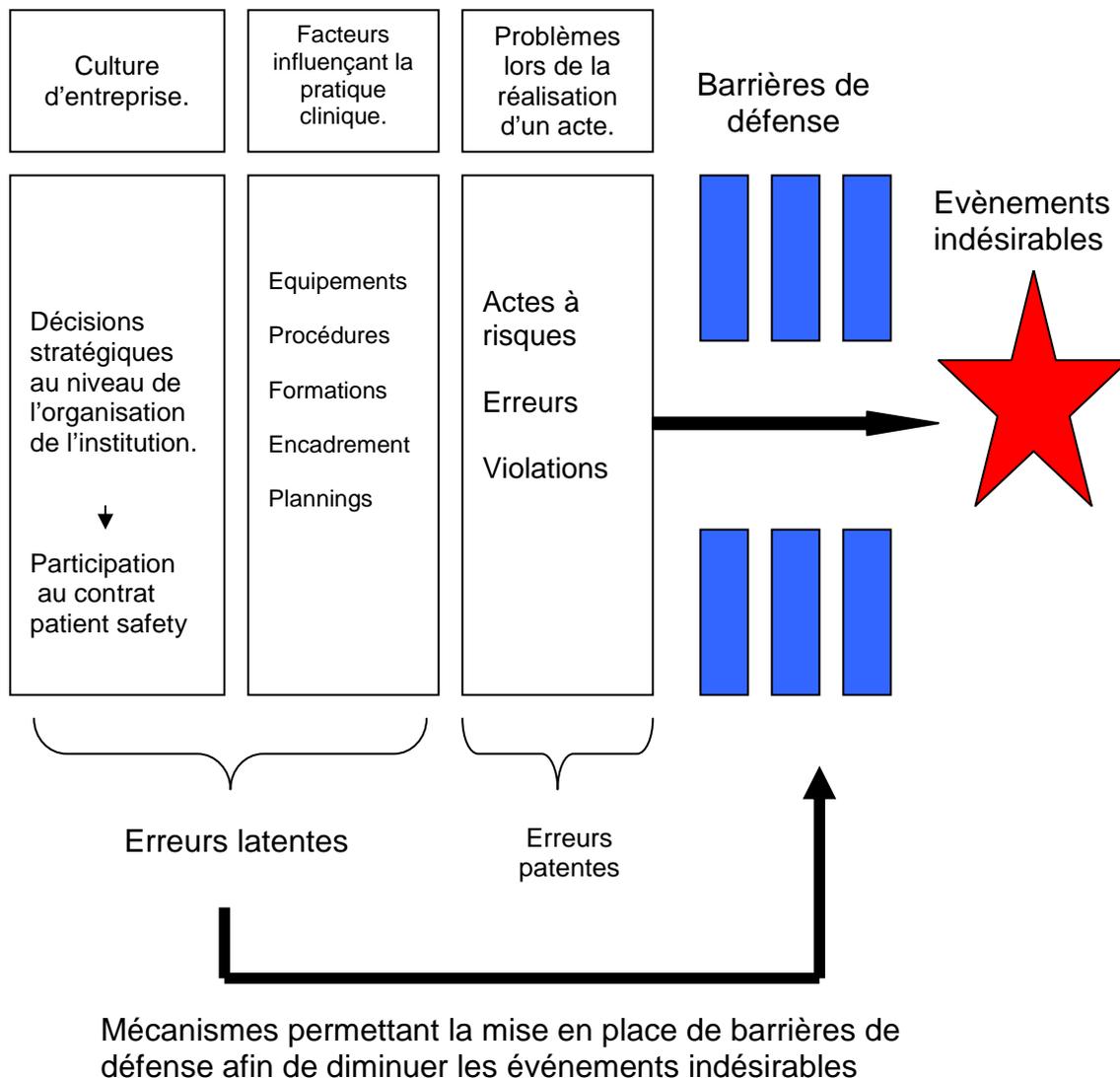
- ◆ défenses technologiques ;
- ◆ sécurités liées aux acteurs eux-mêmes ;
- ◆ barrières correspondant aux procédures ;
- ◆ contrôles administratifs ;
- ◆ etc.

⁴³ http://pagesperso-orange.fr/enperspective/james_reason.html

Pour qu'un accident ait lieu, il faut que des faiblesses (trous) dans les défenses et les barrières de sécurité soient en perspective à chaque niveau de sécurité. C'est ce qui explique que le plus souvent, plusieurs incidents en chaîne sont nécessaires pour provoquer la survenue d'un accident grave. Afin d'éviter celui-ci, il suffit qu'une seule de ses faiblesses située sur l'un de ces niveaux de sécurité soit supprimée.

Le modèle de Reason est particulièrement utile pour illustrer comment un accident, un évènement indésirable peut avoir plusieurs causes. De plus nous pouvons nous l'approprier et le modifier en fonction du phénomène étudié.

Voici comment ce schéma qui peut être transposé dans le cadre de l'institution hospitalière⁴⁴ choisie qui applique le contrat patient safety.



⁴⁴ http://www.afgris.asso.univ-paris7.fr/archives/2-1_V_MOUNIC.pdf

Le modèle de Reason peut être transposé au milieu hospitalier. Voici ce que nous pouvons rencontrer sur le terrain si nous décortiquons les différents facteurs influençant les processus de soins.

Au niveau des erreurs latentes, la culture de l'institution va avoir un impact sur la gestion de la sécurité du patient. Les décisions stratégiques vont influencer la survenue d'évènements indésirables. L'institution choisie pour ce travail a décidé de s'inscrire dans le projet patient safety. Celle-ci va élaborer notamment un système de récolte des évènements indésirables qui surviennent dans l'institution. Suite à l'analyse des données récoltées par cet outil, la coordinatrice qualité va pouvoir agir sur les facteurs ayant un impact sur les pratiques cliniques.

Exemples :

- ◆ mise en place de formation en concordance avec les évènements indésirables déclarés ;
- ◆ créer des itinéraires cliniques ;
- ◆ améliorer la gestion des stocks ;
- ◆ favoriser un équipement adéquat en rapport avec les besoins de chaque service ;
- ◆ créer des groupes de discussion pluridisciplinaire afin d'optimiser le traitement des patients hospitalisés ;
- ◆ réfléchir sur une meilleure procédure de commande et d'approvisionnement entre la pharmacie et les services de soins, etc.

Toutes ces démarches vont, si elles sont prises en compte, créer des barrières de défense. Nous verrons alors une amélioration des soins et donc de la sécurité dans certains domaines au sein de l'institution.

Au niveau des erreurs patentes, il existera toujours un risque lors de la réalisation des soins, mais nous pouvons espérer que toutes les mesures prises auront une influence positive et pourront diminuer à l'avenir l'apparition d'évènements indésirables. L'erreur des acteurs est inévitable et doit être récupérée par le système. Une fois de plus, les cadres en soins de santé ont, à tous les niveaux, un grand rôle à jouer puisqu'ils doivent motiver leurs équipes à déclarer tout évènement

indésirable. Ils doivent par la suite participer aux projets pouvant apporter une solution à ceux-ci.

Pour conclure⁴⁵ par rapport à la théorie ci-dessus il faut :

- ◆ établir une gestion de projet positive ;
- ◆ impliquer tous les acteurs concernés tout au long de la démarche ;
- ◆ organiser la procédure de recueil ;
- ◆ communiquer les résultats ;
- ◆ prioriser un plan d'actions et ne pas vouloir tout gérer en même temps ;
- ◆ effectuer un suivi de la mise en œuvre concrète des actions.

Nous pensons que cette théorie est intéressante à présenter au personnel afin de lui démontrer l'implication de l'ensemble de l'institution lors de la survenue d'un évènement indésirable et l'importance de déclarer ceux-ci. Pour notre part, cette théorie devrait être présentée au personnel et constituer le cœur de notre présentation.

Cette théorie de Reason étant assez complexe, nous voulions présenter une théorie un peu plus ludique pour clôturer notre sensibilisation. Celle-ci nous a paru intéressante et agréable pour finaliser notre travail.

3.3.4. L'effet papillon.

Tout au long de nos lectures, nous avons découvert une théorie qui, semble-t-il, pouvait également être en adéquation avec la réalité du terrain hospitalier, la théorie de l'effet papillon. En effet, un geste anodin en milieu hospitalier peut aboutir à des conséquences très importantes. Une mauvaise gestion des stocks, une mauvaise vérification d'une date de péremption, une mauvaise ergonomie du matériel, du matériel inadéquat, etc. Tant de gestes qui demandent beaucoup de vérifications et que tous les membres du personnel effectuent de manière répétitive.

Ces gestes quotidiens peuvent parfois conduire à la survenue d'évènements indésirables qui peuvent avoir des conséquences plus ou moins importantes. Ce phénomène qui, au départ a été créé dans le cadre de la météorologie, dit : « un

⁴⁵ <http://www.qualite-risques-sante.fr/files/3-bernardi-IPAQH-CRLCC-Lorr.pdf>

battement d'aile de papillon à Paris peut provoquer quelques semaines plus tard une tempête à New York. »⁴⁶ .

Ce phénomène démontre qu'à partir d'un petit fait on obtient parfois des conséquences importantes.

Ce phénomène ne doit pas trouver sa place uniquement dans des considérations négatives. En effet, un petit changement dans l'organisation d'une institution hospitalière peut apporter une amélioration importante dans celui-ci. Nous pouvons citer comme exemple, un rangement efficace de la pharmacie de manière à ne plus trouver deux ampoules ressemblantes l'une à côté de l'autre.

Voici deux exemples visant à expliquer cette théorie.

- ◆ faute de clou ; on perdit le fer ;
- ◆ faute de fer, on perdit le cheval ;
- ◆ faute de cheval, on perdit le cavalier ;
- ◆ faute de cavalier, on perdit la bataille.
- ◆ faute de bataille, on perdit le royaume.⁴⁷

La manière de présenter ce phénomène explique bien qu'un évènement anodin peut provoquer une catastrophe par la suite s'il n'est pas pris en considération.

Un petit dysfonctionnement peut s'amplifier progressivement jusqu'à provoquer des changements ou des conséquences énormes suite à l'accumulation de ceux-ci.

Cette théorie a démontré par la suite qu'elle pouvait s'appliquer aux sociétés humaines. En effet, une erreur de routine qui paraît insignifiante au départ peut déclencher un bouleversement par la suite.

Il est pour notre part évident que ce phénomène est transposable dans le milieu hospitalier. Pour illustrer notre pensée, voici la présentation d'un cas concret qui peut se produire.

Deux patients doivent recevoir un médicament : un par sonde gastrique et l'autre par voie intraveineuse.

- ◆ Faute de personnel, une infirmière fut seule dans l'unité ;
- ◆ Faute de seringue pour sonde, elle pris une seringue pour intra-veineuse ;
- ◆ Faute de temps, elle prépara les deux seringues ensemble ;

⁴⁶ http://www.pouvoir.ch/monde/main/m_2006mon.htm

⁴⁷ http://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_papillon#Lorenz

- ◆ Faute de personnel, elle s'occupa des deux patients ;
- ◆ Près du second patient, elle s'aperçut qu'elle avait injecté en intraveineux la seringue pour sonde gastrique;
- ◆ Faute de quoi,...On perdit ce patient.

Cet exercice pourrait se faire également pour un patient revenant de salle d'opération et dont les ordres médicaux sont illisibles. Le patient ne reçoit pas le traitement adéquat. Cela peut avoir des conséquences importantes pour les suites opératoires. Nous pourrions imaginer beaucoup de scénarios possibles et aboutissant à des conséquences plus ou moins dramatiques.

Cette démonstration résume bien que la personne ayant posé l'acte pourrait ne s'en rendre compte qu'à elle-même, alors que si nous analysons l'exemple, nous pouvons nous rendre compte que la gestion des stocks a un rôle dans le cas présent. Tout le système organisationnel peut avoir une influence sur la sécurité des patients et doit être étudié afin de mettre en évidence les multiples dysfonctionnements ayant conduit un membre du personnel à effectuer un évènement indésirable.

Cette théorie est parlante et pourrait captiver l'attention de l'ensemble du personnel. Elle pourrait, à notre sens, faire partie de notre présentation lors de la deuxième sensibilisation.

Voici plusieurs théories qui méritent d'être proposées au personnel infirmier afin qu'il prenne conscience de l'importance de déclarer tout évènement indésirable pour contrer les manquements du système intra hospitalier.

Après avoir conscientisé le personnel de l'importance de ces concepts, l'outil de recueil des évènements indésirables trouvera tout son sens et pourra fonctionner au mieux dans une optique positive.

Conclusion.

Il est notoire que les professionnels de la santé s'efforcent toujours d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour leurs patients. Ils le font en reconnaissant que personne ou aucun système ne peut entièrement éliminer le risque ou la survenue d'évènements indésirables.

L'ensemble du personnel vise à réduire l'incidence des évènements indésirables grâce à son engagement professionnel envers l'amélioration de la qualité. Chaque professionnel peut favoriser le développement d'une culture qualité en matière de sécurité dans le cadre de l'hospitalisation des patients. Le cadre joue un rôle de leader, de gestionnaire ou de levier des processus de déclaration des presque-incidentes et d'évolution des évènements enregistrés en étroite collaboration avec la coordinatrice qualité.

La déclaration et l'analyse représentent des occasions d'identifier les faiblesses du système et de mettre en place des mesures qui éviteront que des faits identiques ne se produisent et reproduisent à l'avenir. Le but ultime de ces différents traitements étant d'améliorer la qualité de la sécurité du patient.

L'évaluation approfondie des évènements indésirables est une méthode particulièrement efficace pour améliorer la sécurité du patient dans un hôpital. Le cadre de santé, grâce à son expérience clinique, sera le moteur de l'analyse critique des évènements indésirables enregistrés. Il peut prétendre à provoquer des changements en réponse aux recommandations découlant de son évaluation. Ces changements pourront au besoin faire l'objet d'un échange avec les différents intervenants concernés. Tant au niveau de l'évolution du traitement des évènements indésirables engendrés, que dans les recommandations qui en découlent. Le cadre peut s'entourer de professionnels compétents ou de théories didactiques selon le dysfonctionnement à traiter. Le cadre formule également des recommandations à l'attention des décideurs qui soutiennent ou pas la mise en place de certains projets visant à diminuer l'incidence de certains évènements et donc d'augmenter la sécurité du patient.

Nous regrettons néanmoins que dans le projet mis en place au sein de l'institution, l'ensemble des évènements enregistrés soit placé au même niveau pour le traitement et l'analyse. Nous pensons que certains évènements particuliers, tant par

leur nature que par leurs conséquences réelles ou potentielles, méritent une analyse presque instantanée. L'application de mesures rapides afin de régler certains types de défaillance serait nécessaire.

Si un certain délai est respecté entre l'enregistrement et l'analyse, précisons que celui-ci est justifié par la volonté de traiter les erreurs en les classant selon une typologie définie par la coordinatrice qualité et se retrouvant sur la fiche de déclaration. Ceci permet la mise en place d'actions d'amélioration commune pour plusieurs déclarations et de prioriser celles-ci.

L'information et le traitement des déclarations se retrouvent dans un rapport sur le site intranet de l'institution. Ce traitement ne nomme pas les personnes et les services concernés et n'utilise pas d'information permettant d'identifier ces personnes. Ce rapport se trouvant uniquement sur intranet ne sera à notre sens parcouru que par le personnel participant à ce processus d'enregistrements ; et cela est dommageable pour l'entièreté du projet.

Nous pensons qu'une fois seulement la « culture qualité » intégrée, les patients et les professionnels bénéficieront d'un milieu de soins de santé qui favorise une culture juste en matière de sécurité.

Dans ce type de projet, les relations de travail doivent s'inscrire dans un cadre de confiance. L'analyse et le traitement des événements indésirables doivent se faire dans une procédure de respect et de responsabilité visant à améliorer l'outil.

Perspectives.

Nous vous proposons des perspectives qui seront articulées en trois pistes.

Une première piste vise à réaliser une deuxième sensibilisation du personnel afin de leur démontrer au travers de différentes théories, comme celle du modèle de Reason, qu'il est important de déclarer tout évènement indésirable. Le but de cette démarche est de trouver des solutions agissant sur les dysfonctionnements et non d'identifier la personne ayant été à la base de la survenue de l'évènement indésirable, de l'incident ou de l'accident. Une fois cette sensibilisation effectuée, il sera alors intéressant de faire appel aux idées du personnel pour la mise en œuvre d'une action en lien direct avec un dysfonctionnement identifié. Nous serions alors dans une démarche de méthodologie de projet.

Une deuxième piste serait d'établir un système de vigilance, relatif à l'enregistrement des évènements indésirables, fondé d'une part sur le signalement de l'effet indésirable, sur l'analyse et l'exploitation des informations et d'autre part sur la mise en œuvre d'une action d'amélioration. Le système d'enregistrement actuel ne met pas en évidence l'urgence de l'évènement déclaré. Nous pourrions penser à un système signalant à la coordinatrice qualité le caractère urgent ou non de chaque déclaration. Nous pourrions ainsi bénéficier d'une analyse et d'un traitement en fonction de l'évènement enregistré, sans devoir attendre le bilan semestriel.

Une troisième piste est basée sur l'exploitation du vécu du patient. Celui-ci pourrait notifier lui-même les évènements indésirables vécus ou ressentis au cours d'une hospitalisation. Nous pourrions exploiter et développer le questionnaire visant à mesurer le degré de satisfaction durant l'hospitalisation. Cela permettrait peut-être de prendre en compte des aspects de la qualité du vécu au quotidien qui étaient peut-être jusqu'alors sous estimés ou sous déclarés. Le regard extérieur des patients permettraient d'avoir une autre vision, et pourquoi pas, de donner d'autres idées de pistes d'amélioration.

Annexe 1.

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| 2007-2008 | Mesure de la culture sécurité du patient. Coordination des structures de la cellule qualité+ objectifs. | | |
| 2007-2008 | Création de la fiche des évènements indésirables. | -Fiches descriptives de trois projets qualité. -Utilisation dans l'institution des indicateurs qui émanent du feed-back multidimensionnel ⁴⁸ et des indicateurs mis en évidence par l'enquête patient safety. | |
| 2008-2009 | Pilier 1 Développement d'un système de gestion de la sécurité et du risque. -Plan de sécurité pluriannuel. -deux actions d'amélioration sur base de la mesure de la culture sécurité du patient. | Pilier 2 Développement de processus ⁴⁹ -1 processus pluridisciplinaire provenant du rapport sur les feed-back multidimensionnels. - 1 processus en rapport avec une pathologie. | Pilier 3 Développement d'indicateurs multi dimensions. Réaliser un inventaire des indicateurs : périodicité, méthode de sélection et suivi. |
| 2009-2010 | 1. A l'échelon de l'hôpital, récolte des évènements indésirables. 2. Analyse des | Un nouveau processus pluridisciplinaire : -au départ du listing ou | -Formuler des objectifs stratégiques (décidés et validés par la direction) en |

⁴⁸Service Public Fédéral, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, DG organisation des établissements de soins, *Feedback multidimensionnel pour les hôpitaux*, Avril 2008, 128 p.

⁴⁹ Définition page 97 de ce travail.

| | | | |
|------------------|--|---|--|
| | évènements indésirables rétrospective (après leurs récoltes) et propositions d'actions d'améliorations. | d'indicateurs provenant du feedback multidimensionnel. -les transferts des patients en intra-muros. | liaison avec les indicateurs. -Développer de nouveaux indicateurs multidimensionnels. |
| 2010-2011 | A l'échelon de l'hôpital, récolte des évènements indésirables. Analyse proactive des processus à risque (avant la survenue d'erreurs) et proposition d'amélioration. | Initiation d'un projet d'amélioration d'un processus de transfert extra-muros par le biais d'indicateurs. | Formuler des objectifs stratégiques en liaison avec les indicateurs. Développement de nouveaux indicateurs |
| 2011-2012 | Intégration | Initiation d'un projet d'amélioration extra-muros par le biais d'indicateurs. | Disposer d'un ensemble d'indicateurs multidimensionnels standardisés intégrés et réaliser un suivi de ceux-ci. |

Dans le second pilier, et ce toujours pour l'année 2009, le Ministère demande aux hôpitaux de réaliser des processus ce qui signifie qu'il est demandé à ceux –ci de mettre sur pied des marches à suivre (exemples, les itinéraires cliniques, les procédures de soins, etc.).

Le SPF santé publique conseille aux institutions :

- ◆ d'analyser et développer une démarche de projet dans une optique multidisciplinaire. Celui-ci doit toujours être en rapport direct avec les résultats obtenu dans le pilier 1.
- ◆ de choisir et de développer une de ces trois orientations possible :
 - soit un processus ou une partie d'un processus appartenant à la liste fournie dans le contrat 2009⁵⁰. Ce contrat est disponible à l'adresse mentionnée en bas de page ;
 - soit un processus concernant le transfert des patients intra-muros ;
 - soit un projet (ou une partie d'un processus) basé sur les résultats des indicateurs⁵¹ cliniques du « feedback multidimensionnel pour les hôpitaux ». Ce feed-back contient tous les projets retenus dans l'institution suite à la mesure de la culture de la sécurité du patient.

Suite à la réalisation du pilier 2, un rapport doit être rendu au Ministère et doit comprendre au moins les données suivantes :

- ◆ le choix d'un processus, (exemple la procédure de soins pour un pansement sec aseptique);
- ◆ l'objectif du projet (que va apporter ce projet à l'institution) ;
- ◆ le descriptif du comité qualité et du groupe de travail multidisciplinaire ad hoc (qui fait partie du groupe de travail) ;
- ◆ les critères d'inclusion et d'exclusion au groupe de travail ;
- ◆ les résultats de la pré mesure, c'est-à-dire la première mesure de la culture de sécurité ;
- ◆ l'inventaire des interventions clés (ce qu'il faut faire prioritairement pour ce projet) ;
- ◆ la méthodologie appliquée sur le terrain pour les différents projets ;
- ◆ les résultats de la comparaison pré- et post-mesure ;
- ◆ la méthodologie appliquée pour les projets et les formations données au sein de l'institution ;
- ◆ les rapports des réunions du groupe de pilotage et de l'équipe d'amélioration multidisciplinaire seront mis à disposition sur simple demande du SPF.

⁵⁰ <https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/1/9562006.PDF>

⁵¹ Définition page 97 de ce travail.

Sous l'impulsion du SPF, des groupes de travail se sont créés. Ils réunissent des coordinateurs qualité de milieux hospitaliers belges. Au cours de ces rencontres, chacun expose l'état d'avancement des différents projets. Ces rencontres permettent à chacun d'apporter son savoir faire et ses idées.

Pour concrétiser ce pilier, le site Notre-Dame a choisi de travailler sur les transferts des patients en intra-muros :

- ◆ le transfert d'enfants hospitalisés du service des urgences vers la pédiatrie de l'institution ;
- ◆ le déplacement d'un patient confus, agressif et/ou isolé vers un plateau médico-technique : imagerie médicale, consultations, etc.
- ◆ le transfert des patients en ambulance entre les différents sites du CHwapi ;
- ◆ le transfert des patients des soins intensifs vers les autres unités de soins.

Pour la réalisation du pilier 3, durant l'année 2009, les institutions hospitalières s'attardent à développer, mettre en œuvre et assurer le suivi des indicateurs dans le domaine de la qualité et la sécurité du patient. Les hôpitaux qui s'engagent dans le contrat 2009 doivent entreprendre la réalisation d'un inventaire (= cartographie) de tous les indicateurs utilisés dans l'hôpital grâce à un document distribué par le SPF santé publique.

| | | | |
|-----------|---|---|---|
| 2011-2012 | PILIER 1 INTEGRATION | PILIER 2 Initiation d'1 projet d'amélioration d'un processus EXTRAMUROS par biais | PILIER 3 Disposer d'un ensemble d'indicateurs multidimensionnels standardisés et intégrés et suivi opérationnel |
| 2010-2011 | PILIER 1 1. A l'échelon hôpital récolte EI 2. Analyse proactive des processus à risque et propositions amélioration | PILIER 2 Initiation d'1 projet d'amélioration d'un processus EXTRAMUROS par le biais d'indicateurs | PILIER 3 - Formuler des objectifs stratégiques et liaison avec indicateurs - Développement de nvx indicateurs |
| 2009-2010 | PILIER 1 1. A l'échelon hôpital : récolte EI 2. Analyse des EI (rétrospective) et propositions d'actions d'amélioration | PILIER 2 1 nouveau processus pluridiscipl.: - 1 pathologie : listing, FBI - 1 transfert pat/intramuros (+indic) | PILIER 3 - Formuler des objectifs stratégiques et liaison avec indicateurs - Développement de nvx indicateurs multidimensionnels |
| 2008-2009 | PILIER 1 <u>Développement d'un SGS</u> • Plan de sécurité pluriannuel • 2 actions d'amélioration sur base de la mesure de la culture PS | PILIER 2 <u>(re) Développement de processus</u> 1 processus pluridisciplinaire : - 1 pathologie : listing, FBI | PILIER 3 <u>Développement d'indicateurs multidimension.</u> Inventaire des indicateurs : - périodicité, méthode de sélection et |
| 2007-2008 | Feuille d'enregistrement des événements indésirables (EI) | Fiches descriptives de 3 projets Q Utilisation en interne des indicateurs FBI et PSI | |
| 2007-2008 | Stratégie, vision, objectifs Q/PS Coordination des structures Q/S La mesure de la culture de sécurité | | |



Annexe 2

Critères émis par le SPF santé publique pour le système de déclaration.



service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

**Direction générale Organisation des
Établissements de Soins**

service Soins aigus, soins chroniques et soins aux
personnes âgées

Cellule Qualité et Sécurité du Patient

VOTRE LETTRE DU
VOS RÉF. HP/2009-16

NOS RÉF.
DATE 13 MARS 2009
ANNEXE(S)

CONTACT

E-MAIL qs@health.fgov.be

À l'attention de la Direction Générale
des Coordinateurs et Collaborateurs Qualité et
Sécurité du Patient

OBJET : Système de rapportage et d'apprentissage des événements indésirables

Chère Madame, cher Monsieur,

Le programme pluriannuel du SPF concernant la qualité et la sécurité des patients vise à ce que tous les hôpitaux disposent d'ici 2012 d'un SGS (Système de Gestion de la Sécurité). Une première phase indispensable est la récolte des déclarations des événements indésirables¹ (EI) pendant les soins des patients. Le groupe de travail fédéral « sécurité des patients » a réfléchi à la fois aux modalités d'un système de rapportage et à un cadre juridique approprié. Nous souhaitons informer les hôpitaux et institutions des critères essentiels auxquels un tel système de rapportage et d'apprentissage doit satisfaire. Nous voulons en particulier insister sur le fait que certains de ces critères sont indispensables pour garantir aux intéressés un contexte sécurisant qui favorise la déclaration des EI.

Protection du rapporteur et des intéressés pour une récolte sécurisée

Le groupe de travail fédéral « sécurité des patients » a pointé certains éléments très importants voire essentiels afin de rapporter en toute sécurité et d'ainsi favoriser un rapportage aussi exhaustif que possible. Afin d'assurer la protection du rapporteur et des intéressés, ces éléments seront d'ailleurs intégrés dans la législation, ce travail est en cours de discussion.

Les critères essentiels pour un système de rapportage et d'apprentissage

- Pour chaque EI, un ensemble de données minimales doit être obligatoirement récolté. Leurs définitions se basent sur la taxonomie de l'OMS et celles-ci vous seront transmises dans les 2 mois (ce retard est dû à une récente modification du modèle de l'OMS).

¹ Par événement indésirable nous entendons : incident, avec ou sans dommage et presque incident

.be



- Anonymat:
 - Lors du rapportage d'un EI, le rapporteur doit pouvoir rester anonyme s'il le souhaite.
 - Un EI nominatif doit pouvoir être anonymisé ultérieurement, par un collaborateur spécifique de l'équipe « sécurité des patients », aussi bien en ce qui concerne l'identité du rapporteur que celle des tiers éventuellement cités.
 - Il ne peut pas y avoir dans le système informatique, de traçabilité permettant de retrouver a posteriori l'identité du rapporteur.

Les hôpitaux doivent utiliser une taxonomie uniforme pour classifier leurs notifications d'EI. Le groupe de travail fédéral « sécurité des patients » a choisi de travailler avec le modèle de l'OMS. Celui-ci doit être intégralement intégré dans le système utilisé par l'institution ou doit pouvoir s'y insérer dans un futur proche. Le modèle OMS est appelé à encore évoluer : il est donc important de prévoir d'emblée comment intégrer d'éventuelles modifications.

- L'exportation des données vers un autre système doit être possible de manière standardisée. Le format XML semble être actuellement le plus approprié.

Comme signalé lors d'une précédente communication, les hôpitaux peuvent choisir l'une des 3 solutions suivantes concernant l'adaptation, l'acquisition ou le développement d'un système de rapportage et d'apprentissage des EI :

- continuer à utiliser un système déjà existant dans l'hôpital
- acheter un système à une firme commerciale
- développer un nouveau système propre à l'hôpital.

Quelle que soit la solution retenue, elle doit satisfaire aux critères formulés dans cette lettre.

Si l'hôpital choisit d'acheter un logiciel à une firme commerciale, il devra tenir compte des critères ci-dessous.

Les critères auxquels doivent répondre les logiciels :

Il existe sur le marché plusieurs logiciels adaptés à la gestion de risques dans les hôpitaux. Le groupe de travail fédéral « sécurité des patients » en a examiné plusieurs et souhaite présenter une série d'éléments afin d'assister les hôpitaux à préciser leur choix :

- Champ : le système de rapportage et d'apprentissage est au cœur du système gestion de la sécurité et contient les éléments de base du processus : recueillir → analyser → mettre en place des actions d'amélioration. Certains logiciels peuvent aller plus loin et offrent également des fonctionnalités d'encadrement, de facilitation ou autres, telles que :
 - Gestion des documents : inventaire et mise à disposition de listes de procédures, de protocoles ou de documents concernant l'accréditation, etc....
 - Gestion des processus : traitement des EI et son suivi, enregistrement des causes structurelles sous-jacentes, et suivi des actions d'amélioration...
 - Gestion des formations au sein de l'organisation.
 - Gestion des coûts liés à la sécurité du patient.
 - L'enregistrement des complications, des catastrophes, des plaintes, des agressions, des accidents du travail, des tâches, des rapports d'audit, de propositions d'amélioration, des enquêtes de satisfaction...



Il est clair que la situation actuelle et l'infrastructure déjà présente dans l'hôpital influenceront le choix pour un système plutôt qu'un autre.

- Les différences essentielles concernent le rapportage des données (tableaux, graphiques, balanced score cards...).
- Certains systèmes proposent une mise en route modulaire ou progressive en fonction des besoins propres de l'utilisateur. Lors de ce choix il faudra considérer si l'acquisition de tous les modules doit obligatoirement se faire auprès de la même firme.
- Configuration: la plupart des logiciels sont paramétrables. Des écrans adaptés peuvent être créés pour des groupes spécifiques d'utilisateurs. Les hôpitaux peuvent également configurer eux-mêmes différents formulaires de rapportage spécifiques à certains services.
- Taxonomie: au moment de l'analyse des logiciels commerciaux par le SPF, la plupart d'entre eux n'avaient pas de taxonomie intégrée, et encore moins celle de l'OMS. Toutefois, la paramétrisation rend son intégration possible dans la plupart des logiciels. Un producteur déclare d'ailleurs d'avoir déjà inséré le modèle de l'OMS dans une version d'essai.
- Anonymat et traçabilité: certains systèmes laissent le choix de l'anonymat. Effacer les éventuelles données à caractère personnel est un point prioritaire qui n'est pas toujours rencontré. Le groupe de travail fédéral « sécurité des patients » n'a pas pu examiner si le rapporteur pouvait être tracé (p.ex. l'enregistrement dans une logfile de son lieu de connexion). Nous rappelons l'importance que nous attachons à un rapportage sans risque pour le rapporteur, et attirons l'attention des hôpitaux sur ce point.
- Des instruments d'analyse rétrospective et prospective sont inclus dans certains produits ou doivent être achetés en supplément. Notre préférence va à des systèmes qui disposent de tels instruments d'analyse, puisque le but final est d'apprendre et d'améliorer le fonctionnement du système à partir des EI notifiés.
- La convivialité d'utilisation (nombre d'écrans à parcourir, pop-up...).
- Langue: actuellement, certains logiciels ne sont pas disponibles dans toutes les langues nationales.
- Echanges de données avec des bases de données internes/externes :
 - Répertoire local des données concernant la gestion des droits d'accès
 - Formulaire thérapeutique
 - Les systèmes de communication interne (Lotus Notes, Outlook...)
 - ...
- La possibilité d'exporter dans un format standardisé (XML) n'est actuellement pas (encore) effective pour la plupart des produits, mais ne devrait probablement pas représenter un obstacle.
- Tous les logiciels peuvent travailler de manière centralisée pour le rapportage et le traitement des EI. La possibilité de fonctionner également de manière décentralisée (par service spécifique, par exemple) n'est pas offerte par tous les logiciels.
- Enregistrement dans une base de données protégée garantissant :
 - L'intégrité, l'authenticité, la disponibilité et la confidentialité des données.
 - La gestion des droits d'accès par l'institution.
 - L'accès aux déclarations limité aux personnes qui sont chargées par l'hôpital de l'analyse des notifications.
- Les prix sont très variables et dépendent :
 - Des divers souhaits et besoins individuels.
 - Du nombre de lits ou de licences...
 - Les frais de maintenance annuels ne doivent pas être oubliés.

- Il est vivement recommandé de consulter le service IT de votre institution dès le début du processus de sélection du système. Les efforts que doivent fournir ces services locaux concernant l'intégration du système peuvent en effet être forts différents.

Le groupe de travail fédéral « sécurité des patients » espère que ces informations permettront aux hôpitaux et institutions de faire un choix éclairé lors de l'acquisition et/ou le développement d'un système de rapportage et d'apprentissage des EI au sein de l'organisation.

Salutations distinguées,



Christiaan Decoster
Directeur – Général

Annexe 3.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Enquête sur la culture « Sécurité des patients » à l'hôpital

On désigne :

- Par « *incident* » : tout type d'erreur, faute, incident, accident ou dérive, que le patient en ait ou non subi un préjudice
- Par « *sécurité des patients* » : le fait de prévenir les incidents qui pourraient survenir au cours du processus de soins du patient
- Par « *environnement de travail* » : l'endroit de l'hôpital où vous passez la plus grande partie de votre temps de travail
- Par « *équipe* » : l'ensemble des personnes impliquées dans la prise en charge du patient : médecin, infirmier(e), aide soignant(e), assistant(e) social(e),...

Quel est votre environnement de travail à l'hôpital ? (Une seule réponse)

- Pas d'unité/secteur hospitalier spécifique ou plusieurs unités/secteurs différents ou membre d'une équipe volante (*Passez directement à la section A page suivante*)
- Un(e) unité/secteur hospitalier spécifique, désignez le(a)quel(le) ci-dessous :

Médecine interne

Pédiatrie

Gériatrie

Chirurgie

Soins intensifs

Psychiatrie

Quartier opératoire

Urgences

Service médico-technique

Gynécologie/obstétrique

Revalidation

Pharmacie

Autre : _____

SECTION A : Votre environnement de travail

Veillez marquer votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes en entourant le chiffre correspondant.

| | Pas du tout d'accord ▼ | Pas d'accord ▼ | Neutre ▼ | D'accord ▼ | Tout à fait d'accord ▼ |
|---|---------------------------------|----------------------|-------------|---------------|---------------------------------|
| 1. Les membres de l'équipe se soutiennent mutuellement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. La dotation en personnel est suffisante pour supporter la charge de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Lorsqu'il y a un pic important d'activité, nous nous entraïdons pour réaliser l'ensemble des tâches | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Les membres de l'équipe se respectent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Les membres de notre équipe prestent des heures supplémentaires qui pourraient mettre en péril la sécurité des patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Nous nous attachons activement à améliorer la sécurité des patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Nous employons plus d'intérimaires que ce qui est idéal pour les soins | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Les membres de l'équipe ont l'impression que leurs erreurs sont utilisées contre eux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Des incidents ont entraîné des changements positifs dans notre manière de travailler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. C'est une chance que des incidents plus sérieux n'aient pas encore eu lieu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Quand une partie de l'équipe est surchargée de travail, les autres lui viennent en aide | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Quand un incident est signalé, le coupable est recherché mais pas la cause du problème | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Si des actions sont mises en place en vue de l'amélioration de la sécurité des patients, nous vérifions leur efficacité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Nous travaillons la plupart du temps dans l'urgence en voulant faire trop, trop vite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. La sécurité des patients n'est jamais délaissée même s'il y a beaucoup de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Les membres de l'équipe s'inquiètent du fait que leurs erreurs puissent figurer dans leur dossier personnel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Nous avons des problèmes de sécurité des patients dans notre environnement de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Nos procédures et nos systèmes de sécurité sont bons et préviennent des incidents | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SECTION B : L'implication de la hiérarchie en matière de sécurité des patients

Veillez marquer votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes en entourant le chiffre correspondant.

| | Pas du tout d'accord ▼ | Pas d'accord ▼ | Neutre ▼ | D'accord ▼ | Tout à fait d'accord ▼ |
|---|---------------------------------|----------------------|-------------|---------------|---------------------------------|
| 1. Lorsque nous travaillons selon les procédures établies en matière de sécurité des patients, notre supérieur nous félicite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Notre supérieur prend sérieusement en considération les suggestions de l'équipe pour améliorer la sécurité des patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Lorsqu'il y a surcharge de travail, notre supérieur exige que nous travaillions plus vite, même si cela implique des entorses aux procédures | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Notre supérieur néglige les problèmes récurrents de sécurité des patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SECTION C : La communication

Veillez marquer, pour les affirmations suivantes, à quelle fréquence elles surviennent en entourant le chiffre correspondant.

| | Jamais ▼ | Rarement ▼ | Parfois ▼ | Souvent ▼ | Toujours ▼ |
|--|-------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 1. Nous sommes informés des actions correctives mises en place suite aux incidents enregistrés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. L'équipe peut s'exprimer librement si elle constate qu'une situation pourrait altérer la qualité des soins aux patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Nous sommes informés des incidents qui surviennent dans notre environnement de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Les membres de l'équipe se sentent libres de débattre des décisions ou actions prises par la hiérarchie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Dans notre équipe, nous discutons des moyens à mettre en œuvre pour éviter la répétition d'incidents | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. L'équipe a peur de poser des questions lorsqu'une situation ne semble pas correcte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SECTION D : L'enregistrement des incidents

Lorsqu'un incident survient, à quelle fréquence est-il rapporté dans les cas suivants ?

| | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
|--|--------|----------|---------|---------|----------|
| 1. Si cet incident a pu être détecté avant d'avoir affecté le patient | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Si cet incident ne comportait aucun risque de nuire au patient | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Si cet incident n'a eu aucune conséquence pour le patient même s'il avait pu nuire à sa santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SECTION E : Le niveau de sécurité des patients

Donnez une cotation globale en matière de sécurité des patients dans votre environnement de travail.

- A B C D E
Excellent Très bien Acceptable Médiocre Insuffisant

SECTION F : Votre Hôpital

Veuillez marquer votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes en entourant le chiffre correspondant.

| | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Neutre | D'accord | Tout à fait d'accord |
|--|----------------------|--------------|--------|----------|----------------------|
| 1. La direction de l'hôpital engendre un climat de travail favorable pour la sécurité des patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Les différent(e)s unités/secteurs hospitaliers ne sont pas bien coordonné(e)s entre (elles)eux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Lorsque des patients sont transférés d'une unité à une autre, des informations ne sont pas transmises | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La collaboration est bonne entre les unités/secteurs hospitaliers | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Des informations importantes pour les soins aux patients se perdent régulièrement lors des changements d'équipe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. C'est souvent désagréable de travailler avec les équipes des autres unités/secteurs hospitaliers | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Il y a souvent des problèmes de communication entre les unités/secteurs hospitaliers | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Les actions prises par la direction de l'hôpital montrent que la sécurité du patient est une priorité absolue | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. La direction de l'hôpital ne s'intéresse à la sécurité des patients qu'après un incident | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Les différent(e)s unités/secteurs hospitaliers collaborent bien pour procurer les meilleurs soins aux patients

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

11. Les changements d'équipe sont une source de problèmes pour les patients dans votre hôpital

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

SECTION G : Nombre d'incidents rapportés

Au cours des 12 derniers mois, combien de rapports d'incidents avez-vous remplis et transmis ?

- a. Aucun
- b. 1 à 2
- c. 3 à 5
- d. 6 à 10
- e. 11 à 20
- f. plus de 20

SECTION H : Informations générales

Il est important que vous répondiez à ces dernières questions, elles sont essentielles pour l'analyse des résultats

1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet hôpital ?

- a. Moins de 1 an
- b. 1 à 5 ans
- c. 6 à 10 ans
- d. 11 à 15 ans
- e. 16 à 20 ans
- f. 21 ans ou plus

2. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de cette équipe ?

- a. Moins de 1 an
- b. 1 à 5 ans
- c. 6 à 10 ans
- d. 11 à 15 ans
- e. 16 à 20 ans
- f. 21 ans ou plus

3. Combien d'heures travaillez-vous réellement par semaine (en moyenne) ?

- a. Moins de 20 heures/semaine
- b. 20 à 39 heures/semaine
- c. 40 à 59 heures/semaine
- d. 60 à 79 heures/semaine
- e. 80 heures ou plus/semaine

4. Vous êtes :

- Infirmier(e)
- Infirmier(e)-chef, Cadre infirmier
- Aide soignant(e)
- Médecin chef de département ou chef de service
- Médecin
- Médecin assistant
- Pharmacien(ne)
- Assistant(e) pharmacien(ne)
- Employé administratif ou logistique
- Technicien(ne) en médico-technique (RX, scanner, labo,...)
- Paramédical(e) (Assistant(e) social(e), diététicien(ne), kinésithérapeute, etc.)
- Autre : à préciser _____

5. Etes-vous directement en interaction ou en contact avec les patients ?
- a. Oui
 - b. Non
6. Depuis combien d'années exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ?
- a. Moins de 1 an
 - b. 1 à 5 ans
 - c. 6 à 10 ans
 - d. 11 à 15 ans
 - e. 16 à 20 ans
 - f. 21 ans ou plus

SECTION I : Vos commentaires et suggestions

N'hésitez pas à exprimer vos commentaires et suggestions à propos de la sécurité des patients et de l'enregistrement ainsi que de la gestion des incidents à l'hôpital.

Merci d'avoir rempli ce questionnaire

Annexe 4



FICHE D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES

SITE : Union Dorcas ND IMC Peruwetz

| PERSONNE DECLARANTE <small>(anonymisée par la Cellule qualité)</small> ① | | PERSONNE CONCERNEE ② | |
|--|--|--|--|
| Nom : _____ Prénom : _____ Service : _____ N° tel : _____ | | Patient <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> | |
| DATE, HEURE ET LIEU DE L'ÉVÉNEMENT ③ | | PRESENCE DE TEMOIN(S) ④ | |
| Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____ | | Nom : _____ Prénom : _____ Service : _____ | |
| IDENTIFICATION DE L'ÉVÉNEMENT ⑤ | | | |
| COMPORTEMENT DU PATIENT | | RISQUES INFECTIEUX /HYGIENE/TRANSFUSION | |
| <input type="checkbox"/> Fugues <input type="checkbox"/> Refus de soins <input type="checkbox"/> Tentative de suicide <input type="checkbox"/> Violences | | <input type="checkbox"/> Accident d'exposition au sang <input type="checkbox"/> Hygiène générale <input type="checkbox"/> Non signalement d'un patient contagieux <input type="checkbox"/> Non respect des règles d'isolement <input type="checkbox"/> Toxi-infection alimentaire | |
| MÉDICAMENTS | | PRISE EN CHARGE DU PATIENT | |
| <input type="checkbox"/> Absence de prescription <input type="checkbox"/> Erreurs d'approvisionnement <input type="checkbox"/> Erreurs de conservation et stockage <input type="checkbox"/> Erreurs de dosage <input type="checkbox"/> Erreurs de posologie <input type="checkbox"/> Erreurs de voie d'administration <input type="checkbox"/> Effets secondaires <input type="checkbox"/> Mauvais médicament <input type="checkbox"/> Médicaments périmés <input type="checkbox"/> Erreur de destinataire du médicaments | | <input type="checkbox"/> Actes médicaux <input type="checkbox"/> Bris et perte d'objet personnel <input type="checkbox"/> Chutes (remplir fiche spécifique) <input type="checkbox"/> Complications préopératoires <input type="checkbox"/> Complications post-opératoires <input type="checkbox"/> Décès inattendu <input type="checkbox"/> Défaut d'information <input type="checkbox"/> Délais de prise en charge <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Dispositif médical défaillant | |
| | | <input type="checkbox"/> Documents non complétés <input type="checkbox"/> Erreur d'identité du patient <input type="checkbox"/> Escarres (remplir fiche spécifique) <input type="checkbox"/> Exposition à des radiations ionisantes <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur <input type="checkbox"/> Maltraitance <input type="checkbox"/> Matériel <input type="checkbox"/> Problèmes liés au transport interne et externe <input type="checkbox"/> Suivi de régime | |
| AUTRES (précisez) : _____ | | | |
| DESCRIPTION ET CAUSE(S) DE L'INCIDENT ⑥ | | | |
| | | | |
| DESCRIPTION DES CONSÉQUENCES IMMÉDIATES ET MESURES PRISES ⑦ | | | |
| | | | |
| PROPOSITION D'ACTION À METTRE EN ŒUVRE ⑧ | | | |
| | | | |
| GRAVITE ESTIMÉE ⑨ | | FREQUENCE ⑩ | |
| Faible <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> | | Récurrente <input type="checkbox"/> Inhabituelle <input type="checkbox"/> | |

Si vous souhaitez être tenu(e) au courant du suivi de votre signalement, veuillez compléter la partie 1, la cellule qualité vous contactera.

VEUILLEZ TRANSMETTRE CETTE FICHE DANS LES PLUS BREFS DELAIS AU DEPARTEMENT QUALITE (Envoi par courrier interne ou dépôt à l'accueil)

Utilisation de la Fiche

QU'EST-CE QU'UN EVENEMENT INDESIRABLE ?

Accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèle un état de risque, d'insécurité ou de non-qualité, pour les patients, les professionnels, les visiteurs ou les biens (matériels ou effets personnels).

POURQUOI REMPLIR UNE FICHE ?

Le recueil des fiches permet d'identifier, d'analyser, d'établir une cartographie des risques afin de réduire au maximum les risques inhérents à notre établissement. A partir de l'analyse des événements signalés, des actions permettant de corriger les dysfonctionnements et de prévenir la réalisation du risque seront mises en place. Comment remplir cette fiche ?

Mode d'emploi

① PERSONNE DECLARANTE

Cette rubrique est **facultative** mais peut être remplie afin de pouvoir joindre le déclarant pour obtenir des renseignements complémentaires. Les fiches sont conservées pendant la durée d'instruction du signalement ; elles sont ensuite **anonymisées**.

② PERSONNE CONCERNEE

Cette rubrique permet d'identifier rapidement la personne (« victime ») concernée par l'événement indésirable.

③ DATE, HEURE ET LIEU DE L'INCIDENT

Ces indications doivent être aussi précises que possibles.

Si elle est connue, l'heure précise est indiquée, sinon une fourchette est donnée (exemple : entre 22h et 7h si incident constaté le matin).

Le lieu à indiquer est celui où l'incident a eu lieu.

④ PRESENCE DE TMOIN(S)

Cette rubrique permet d'identifier le nom et la qualité de personne(s) présente(s) au moment de l'incident et pouvant être utile(s) à l'analyse de l'événement signalé.

⑤ IDENTIFICATION DE L'EVENEMENT

Cette rubrique permet de classer rapidement le type d'incident concerné parmi les principales catégories de risque. Si l'événement ne concerne aucune catégorie mentionnée, précisez le dans «autres».

⑥ DESCRIPTION ET CAUSES DES FAITS

Ce cadre permet de décrire de façon précise et la plus objective possible l'événement déclaré. Cette description doit se limiter aux faits constatés.

⑦ DESCRIPTION DES CONSEQUENCES IMMEDIATES ET MESURES PRISES

Cette rubrique permet d'identifier les conséquences de l'événement indésirable, telles que vous pouvez les constater immédiatement après la survenue de l'incident. Elle permet également de décrire les moyens que vous avez mis en œuvre pour palier à cet incident.

⑧ PROPOSITION D' ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE

Le déclarant peut proposer toute mesure qui lui semble de nature à corriger l'incident et/ou prévenir la survenue d'un risque du même genre.

⑨ GRAVITE ESTIMEE et ⑩ FREQUENCE

Ces rubriques doivent permettre d'alerter le département Qualité.

CHAQUE INCIDENT RAPPORTE EST UN TRESOR

VEUILLEZ TRANSMETTRE CETTE FICHE DANS LES PLUS BREFS DELAIS AU DEPARTEMENT QUALITE
(Envoi par courrier interne ou dépôt à l'accueil)

Annexe 5

Les seuls faits figurant dans le contrat de travail⁵² de l'institution pouvant mettre fin au contrat sont :

1. Lorsque le travailleur a trompé la direction lors de la conclusion du contrat par la production de faux documents ou par déclarations inexactes.
2. L'insubordination dûment constatée vis - à- vis du chef.
3. Lorsque le travailleur se rend coupable d'un acte de malhonnêteté, malveillance, de voies de fait, ou d'injure grave à l'égard d'un chef, d'un membre du personnel, d'un patient ou d'un malade, ou de toute autre personne se trouvant régulièrement à l'intérieur de l'établissement.
4. Lorsqu'il compromet par son imprudence la sécurité de l'établissement ou celle d'un membre du personnel se trouvant régulièrement à l'intérieur de l'institution.
5. Lorsqu'il cause intentionnellement à l'institution, à la direction et aux membres du personnel un préjudice matériel important pendant ou à l'occasion de l'exécution du contrat.
6. lorsque par ses actes, ses déclarations à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution, il porte un préjudice grave à celle-ci.
7. Lorsqu'il communique des renseignements ou documents, de toute nature, même apparemment anodins, sur le fonctionnement de l'institution, sur les personnes qui y travaillent ou qui y sont soignées ou hospitalisées, qu'il soit ou non le dépositaire autorisé des renseignements ou documents divulgués.
8. En cas de retards fréquents, après un avertissement verbal et deux avertissements écrits.
9. En cas d'absences injustifiées de plus de 24 heures.
10. Lorsque le travailleur se trouve en état d'ivresse sur le lieu de travail.
11. En cas de vol, lorsque le travailleur aura détourné par exemple de la nourriture, des médicaments, de l'argent, de l'équipement, etc.
12. En cas de fausse déclaration relative aux prestations, heures à récupérer (y compris les dates de signatures des responsables).
13. En cas de fausse déclaration relative à une activité professionnelle rémunérée autre que celle contractée par l'institution.

⁵² Règlement de travail de la Clinique Notre Dame de Tournai, septembre 2009, pp16-17.

14. En cas de harcèlement sexuel répété après avertissement écrit.
15. A l'occasion d'une plainte téméraire et vexatoire déposée en matière de harcèlement sexuel après un avertissement écrit.
16. En cas d'utilisation frauduleuse d'un code d'accès informatique.

Lexique et glossaire

Notons que durant ce travail, les termes « sécurité du patient », « sécurité patients » et « patient safety » sont synonymes.

La sécurité :

Le SPF santé publique définit la sécurité comme suit : « la sécurité revient à éviter, prévenir et améliorer les dommages involontaires et évitables pour le patient en intervenant sur l'organisation des soins de santé ».

Le Ministère de la Santé Publique dépend du Service Public Fédéral (SPF).

Le Ministère de la Santé Publique est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé publique. Il s'agit en liaison avec les départements concernés, en vue de promouvoir le bien-être physique, mental et social des habitants.

Il harmonise les orientations et coordonne les objectifs et les actions ou mesures qui concourent à l'élévation du niveau de santé dans le pays.

Décret n°2-94-285 du 17 jourmada II 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique.

Centre Hospitalier de la Wallonie Picarde (CHWAPI)

Depuis le 1^{er} janvier 2009, l'AIT (Dorcas et Hopital), la Clinique Notre Dame et l'I.M.C.H.O, du R.H.M.S (Tournai et Péruwelz) sont rassemblés dans une seule personne morale et constituent, ensemble, un groupement hospitalier qui porte le nom de Centre Hospitalier de la Wallonie Picarde (CHWAPI).

Ce regroupement des hôpitaux de Tournai et Péruwelz fera du centre hospitalier de Wallonie picarde, l'une des plus importantes institutions hospitalières de wallonie avec près de 2200 collaborateurs, 300 médecins et 32000 admissions par an.

<http://www.umtournais.be/files/annonce-nvl-identite.pdf>

Constat :

Analyse objective de faits matériels ou de résultats d'une action, d'une période, d'une situation; bilan.

Problématique :

Selon Mr P. Vantomme dans le cours de Démarche de résolution de problèmes (UF4 des cadres en soins de santé) : « *une problématique peut être considérée comme un ensemble plus ou moins complexe de problèmes* ».

Il faut entamer une boucle de résolution de problème afin de classer, sélectionner et hiérarchiser les problèmes. C'est-à-dire identifier le problème, analyser la situation à la recherche des causes, rechercher des solutions, choisir une solution, mettre en œuvre une solution.

Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité et Santé.

Le CIPIQS est une association internationale sans but lucratif créée en 1997, de langue francophone, composée de praticiens et intervenants en qualité dans le domaine de la santé. C'est un lieu d'échange et de partage entre professionnels.

Plusieurs pays y sont représentés : La Belgique, le Canada, la France, le Grand Duché du Luxembourg et la Suisse.

<http://www.cipiqs.org/>

Événements indésirables :

Nous entendons par événements indésirables toute situation s'écartant de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages pour le patient.⁵³

Le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCF) définit l'évènement indésirable comme suit : « Il s'agit d'une lésion ou d'une complication non intentionnelle, entraînant une invalidité, la mort ou la prolongation de séjour hospitalier pour le patient et imputable à la gestion des soins hospitaliers plutôt qu'à la pathologie du patient. »

Les trois définitions suivantes ont été établies par le SPF santé publique.

1. Incident :

Événement qui survient de manière involontaire durant le processus de soins et qui a engendré ou aurait pu engendrer ou pourrait engendrer un dommage pour le patient.

⁵³ Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine in Drees, n°584 juillet 2007, pp 1-7.

2. Incident avec dommage :

Événement qui fait subir au patient un dommage involontaire résultant de son contact avec le système de soins.

3. Presqu'incident :

Incident qui, sous l'effet du hasard ou suite à une intervention opportune, n'entraîne aucun dommage pour le patient.

Office Mondial de la Santé (OMS).

L'OMS est l'autorité directrice et coordinatrice, dans la domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des nations unies (organisme qui s'efforce de maintenir la paix entre les pays). Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique.

<http://www.who.int/about/fr/>

La taxonomie :

Taxonomie est un anglicisme toléré qui signifie la science du classement.⁵⁴

Budget Moyen Financier (BMF).

Budget dont les hôpitaux disposent. Celui-ci est calculé sur base de l'activité justifiée de l'hôpital. C'est un financement dynamique basé sur l'activité liée aux occupations de lits (nombre de journées par pathologie).

Le dol.

D'après le dictionnaire Petit Larousse, le dol est « Tromperie commise en vue de décider une personne à conclure un acte juridique ou de l'amener à contracter des conditions plus avantageuses. »

Comité pour la sécurité du patient.

Pour les autorités fédérales, le comité pour la sécurité du patient joue un rôle crucial. Il est recommandé que ce comité assure la coordination et le suivi de toutes les

⁵⁴ Taxonomie : approche théorique et pratique ; Marius Laurent ; CHU Tivoli La Louvière.

activités afférentes à la sécurité du patient. Les autorités fédérales travaillent actuellement à l'élaboration d'un cadre juridique en matière de sécurité du patient, cadre précisant notamment une définition claire de la composition et des missions du comité pour la sécurité du patient.

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,15762536&_dad=portal&_schema=PORTAL. Information de base pilier 1 contrat 2008-2009

Théorie:

D'après le Dictionnaire Petit Larousse, une théorie est une connaissance spéculative, idéale, indépendante des applications.

Causalité :

Rapport qui unit la cause à l'effet.

Principe de causalité selon lequel tout fait a une cause. Les mêmes causes dans les mêmes conditions produisant les mêmes effets.

Processus :

Processus vient du mot anglais «process » qui veut dire en informatique, un ensemble d'instructions à exécuter.

Le mot processus vient du latin pro (au sens de « vers l'avant ») et de cessus, cedere (aller, marcher) ce qui signifie donc aller vers l'avant.

Suite d'actions, une marche à suivre conduisant à un but défini.

Indicateurs :

D'après Wikipédia, un indicateur est un outil d'évaluation et d'aide à la décision (pilotage, ajustements et rétro correction) grâce auquel nous allons pouvoir mesurer une situation ou une tendance de façon relativement objective face à une activité, à un instant donné ou dans le temps et/ou l'espace.

Un indicateur se veut être un « résumé » d'une information complexe offrant la possibilité à des acteurs différents (scientifiques, gestionnaires, politiques, et citoyens) de dialoguer entre eux.

L'indicateur (quantitatif ou qualitatif) décrit généralement un état, une pression et/ou une réponse ne pouvant être appréhendée directement.

Bibliographie :

Les livres:

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, ANAES, *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé*, Paris, Mai 2002.

AMALBERTI.R, et al., *Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine* in Drees, n°584 juillet 2007

DAVIES HT, NUTLEY SM, MANNION R. *Organisational culture and quality of health care. Qual Health Care* 2000 Jun, 9(2),111p.

SCHMITT E, *Le risque médicamenteux nosocomial, circuit hospitalier du médicament et qualité de soins* Paris, Ed Masson, 1999.

VAN EVERDINGEN J.J.E., *Praktijkboek patientveiligheid*, Uitgeverij Bohn Stalgleu Van loghum,2006.

Les articles:

Institute of Medicine. *Patient Safety: Achieving a New Standard of Care*.Washington DC: The National Academies Press; 2004.

Les documents

Convention relative à la coordination de la qualité et de la sécurité du patient 2008-2009 pour les hôpitaux aigus annexe 4.pp30-31.

J.Petit, A thierry, *Le management du risque dans les entreprises à haut risque*, CHU-Hôpitaux de Rouen, pp1-5.

Divers :

1. Rapport sur la semaine pour la sécurité du patient organisée à Bruxelles les 22-23-24 octobre 2007 par le ministère de la santé publique.
2. Participation à la deuxième semaine organisée sur le thème la sécurité du patient à Bruxelles les 6-7 novembre 2008.
3. Présentation des chiffres obtenus suite à l'enquête sur la sécurité du patient dans l'institution de soins site Clinique Notre-Dame de tournai.

Personnes ressources :

- Madame Eeman M, Infirmière chargée de la Qualité – CHWAPI, site Clinique Notre-Dame.
- Monsieur Clinckemaillie G et Madame Mahieu A, équipe chargée de la qualité-CHWAPI, site Dorcas et site Union.

Références Internet:

<http://www.agrojob.com/dictionnaire/definition-Incident-2584.htm>http://www.patientsafetyinstitute.ca/uploadedFiles/Resources/cpsi_french.april28.pdf

[http://www.patientsafetyinstitute.ca/uploadedFiles/Resources/Background%20Paper%20for%20National%20uidelines%20Fr%20\(v2\).pdf](http://www.patientsafetyinstitute.ca/uploadedFiles/Resources/Background%20Paper%20for%20National%20uidelines%20Fr%20(v2).pdf)

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/cpsw/accueil.html>

<http://www.commentcamarche.net/qualite/qualite-introduction.php3>

<http://www.tc.gc.ca/AviationCivile/SecuriteDuSysteme/Brochures/tp13844/menu.htm>

[1
https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,12782469&_dad=portal&_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,12782469&_dad=portal&_schema=PORTAL)

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,11268475&_dad=portal&_schema=PORTAL

<https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/1/9562009.PDF>

<http://www.esen.education.fr/conseils/traitement-des-donnees/operations/outils-dediagnostic-structurants/outil-1-le-diagramme-dishikawa/>

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,15762538&_dad=portal&_schema=PORTAL

https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORG1_MENU/ZORGINSTELLINGEN1_MENU/RISICOBEBEHEER1_MENU/COORDINATIONQUALITEETSECURITEDESPAT_MENU/PILIER1SGS1_MENU/PILIER1SGS1_DOCS/RAPPORT%20FINAL%20MESURE%20CULTURE.PDF

[F
https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs](https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs)

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512460&_dad=portal&_schema=PORTAL

<http://www.cnrtl.fr/definition/macroscopique>

http://users.skynet.be/sky58384/C_05_06_Amalberti.pdf

http://pagesperso-orange.fr/enperspective/james_reason.html

http://www.pouvoir.ch/monde/main/m_2006mon.htm

<https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs>

http://www.google.com/search?hl=fr&lr=&rlz=1W1ITVA_fr&defl=fr&q=define:Processus+&ei=ntG5Srj_Es_KjAfD6M30BQ&sa=X&oi=glossary_definition&ct=title

Quatrième de couverture.

Au cours de cette épreuve intégrée, nous avons exposé l'investissement d'un cadre dans la mise en œuvre d'un projet visant à mesurer et à développer la sécurité du patient.

Le projet initié par le SPF santé publique défend les principes suivants. D'une part la mesure de la perception du personnel face à la sécurité du patient, d'autre part la mise en place d'un outil permettant l'enregistrement des incidents, presque incidents et événements indésirables au sein de l'institution hospitalière.

A l'analyse, nous avons été confronté à un enregistrement limité des événements indésirables. Suite à ce constat, différentes pistes ont été suivies ou soulevées afin d'identifier les raisons de ce manque d'implication ou causes d'investissement du personnel hospitalier.

L'institution a, pour sa part, œuvré dans la mise en place d'un outil d'enregistrement au travers une campagne de sensibilisation et de mobilisation du personnel à l'enregistrement de ces événements.

Le cadre en soins de santé intervient tant au niveau de la création de l'outil que de sa mise en place. Il a un rôle important également au niveau de la sensibilisation qui sera effectuée auprès du personnel et des actions qui sont menées suite aux constats effectués sur base de l'analyse des enregistrements réalisés.