



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale de la Communauté Française

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de santé

Cultures et qualité

Le cadre de santé vecteur de qualité des soins dans une équipe interculturelle

Travail présenté par : *Stepien Sylwia*

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire 2022-2023



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale de la Communauté Française

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de santé

Cultures et qualité

Le cadre de santé vecteur de qualité des soins dans une équipe interculturelle

Travail présenté par : *Stepien Sylwia*

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire 2022-2023

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier M. Vantomme pour son écoute, sa disponibilité, ses conseils et la richesse de son enseignement. Je tiens également à exprimer toute ma reconnaissance à mon mari et mon fils pour m'avoir soutenu et supporté. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir encouragé et de vous être montré si compréhensifs. Merci aussi à ma famille et mes amis pour leur écoute et leur soutien, sans qui ce travail n'aurait pas abouti.

Table des matières

Introduction	3
I. Le concept de la culture	7
Introduction	7
1. Etymologie	7
2. Les différentes conceptions de la culture	8
3. La définition de la culture	11
4. La socialisation	12
5. L'identité	13
Conclusion	14
II. La diversité culturelle	16
Introduction	16
1. Multiculturalité, pluriculturalité et interculturalité	16
1.1. La multiculturalité	16
1.2. La pluriculturalité	17
1.3. L'interculturalité	17
2. L'acculturation	19
3. La diversité culturelle dans une équipe soignante	20
4. Les concepts en lien avec la diversité culturelle	22
Conclusion	23
III. La qualité des soins	25
Introduction	25
1. L'hôpital	25
2. Le travail en équipe	27
3. La qualité des soins	29
4. Les événements indésirables	30
4.1. Les facteurs contributifs aux EIAS	31
4.1.1. Les facteurs liés à l'équipe.....	32
4.1.2. Les facteurs liés au soignant	34
4.1.3. Les facteurs liés aux tâches accomplies.....	35
4.1.4. Les facteurs liés à l'environnement de travail	35
4.2. Le signalement des événements indésirables	36
5. La gestion des événements indésirables	36
5.1. Les méthodes d'analyse à priori ou proactives	37
5.2. Les méthodes d'analyse à postériori	38

5.2.1. La méthode ALARM	38
5.2.2. L'arbre des causes	39
6. La culture de sécurité	40
6.1. Le concept de culture de sécurité.....	41
6.2. La culture de sécurité dans les soins.....	42
Conclusion	44
IV. Le cadre de santé	46
Introduction.....	46
1. Etymologie	46
2. Le cadre de santé comme manager	47
Conclusion	51
Conclusion générale et perspectives	52
Annexes	58
Lexique des abréviations	74
Bibliographie	75

Introduction

Depuis quelques années les hôpitaux sont confrontés à plusieurs réformes qui ont pour objectif de garantir la qualité et la sécurité des soins, ce qui constitue la priorité absolue pour les soignants et la politique des soins de santé en Belgique. Le personnel soignant joue un rôle prépondérant en offrant les meilleurs soins afin de répondre aux besoins de la population. Les hôpitaux doivent suivre des normes par rapport au recrutement et à son rendement, mais nous constatons un problème croissant de manque de personnel soignant au sein de la plupart des structures de soins, comme les hôpitaux ou les maisons de repos. Cette pénurie est reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé¹ et peut s'expliquer en Belgique par l'augmentation de la demande de soins, les conditions de travail, le vieillissement de la population et dernièrement l'allongement à quatre ans de la durée des études d'infirmière et la pandémie de Covid 19. Face à cette pénurie, les hôpitaux collaborent de plus en plus avec des agences de recrutement à l'étranger et ce processus de migration s'inscrit dans une société mondialisée. Les pays à revenus élevés peuvent renforcer leurs effectifs infirmiers en piochant davantage dans le recrutement international au détriment des systèmes de santé fragiles d'autres pays². L'hôpital est devenu un lieu de croisement de différentes cultures, d'appartenances ethniques et linguistiques issues de l'immigration, suivant, précédant même peut-être l'évolution de notre société et la libre circulation des personnes au sein de l'UE et l'équivalence de certains diplômes facilitent les mouvements de personnes transformant les équipes soignantes indigènes en interculturelles. Cependant, des soignants aux qualifications variables amenés à travailler ensemble peuvent complexifier l'organisation de l'équipe et impacter la qualité des soins, parmi l'ensemble des infirmiers autorisés à exercer en Belgique³, la proportion de ceux formés à l'étranger augmente au cours du temps, passant de 0,5 % en 2000 à 3,5 % en 2017 et est actuellement dans la moyenne européenne.

Le choix du sujet pour notre Epreuve Intégrée a été longuement réfléchi et construit sur notre expérience professionnelle dans divers hôpitaux bruxellois auprès d'équipes interculturelles et de nos observations en l'absence de données probantes. En tant qu'infirmière, nous interroger sur l'influence de la diversité culturelle dans l'organisation, les pratiques de soins, la qualité et la sécurité nous paraissait fondamental. Selon nous, la stigmatisation et les préjugés sur le personnel étranger sont encore trop présents et le fait de ne pas maîtriser la langue française dévalorise leurs compétences. En outre, nous avons pu constater des inégalités de la part de certains infirmiers en chef dans la

¹ La situation du personnel infirmier dans le monde. Investir dans la formation, l'emploi et le leadership, Organisation mondiale de la Santé 2020, p.3.

² Note d'orientation du Conseil International des infirmiers. La pénurie mondiale du personnel infirmier et la fidélisation des infirmiers, p.4.

³ Performance du système de santé belge, 2019, rapport KCE, p.52.

répartition du travail ou les horaires pour éviter l'apparition d'incidents mais cela peut entraîner l'apparition de conflits dans l'équipe. Malgré les efforts quotidiennement fournis, ces soignants sont parfois considérés comme inaptes à gérer seuls leurs patients ou à prendre des décisions dans une situation d'urgence et leur jugement clinique est régulièrement controversé. Cependant des évènements indésirables surviennent dans une équipe homogène et nous ne pouvons pas affirmer que leur apparition augmente dans un contexte interculturel et il en reste néanmoins intéressant selon nous d'approfondir ce concept.

C'est pourquoi, en tant que future cadre, nous avons voulu enrichir nos connaissances sur la culture, la qualité de soins et surtout sur le management des équipes interculturelles. La culture que nous côtoyons à travers la diversité du personnel ou des patients peut constituer un élément générateur de tensions voire de conflits, créer des barrières et des comportements d'adaptation dysfonctionnels qui impacteront négativement les soins. Au contraire, bien encadrée, cette diversité peut devenir un indicateur de respect, de partage et de collaboration au sein d'une organisation. Selon nous, c'est au cadre de prendre soin de cette interculturalité afin de promouvoir une cohésion de groupe qui a du sens pour chacun et qui ait un impact direct sur la qualité des soins. Pour ces raisons, il doit mettre en place des actions à l'attention des patients et des soignants qui se mobilisent pour promouvoir une culture axée sur une prestation de soins de qualité et sécuritaire. En outre, nous sommes conscients d'avoir choisi un sujet considéré comme sensible se rapportant à la race, à l'ethnie ou à la religion et nous avons tenté de le présenter de manière impartiale.

Dans notre démarche conceptuelle, nous allons développer et analyser nos concepts-clés qui sont : la culture et sa diversité, la qualité des soins et la culture de sécurité ainsi que le rôle du cadre en tant que manager. Tout d'abord, nous allons parler de la culture qui apporte du sens car nos gestes, notre langue, nos attitudes ont une signification grâce aux codes culturels et sont compris par les membres de cette même culture. C'est un élément important dans une société car elle met en avant notre façon de penser, d'agir et de partager nos valeurs à l'intérieur de groupes sociaux. La culture permet de percevoir des interactions sociales avec des caractéristiques qui lui sont propres et elle joue un rôle important dans la socialisation et la construction de l'identité de chacun. Dans les structures de soins, elle est de plus en plus présente et se décline à plusieurs niveaux à travers la culture de chaque individu, la culture organisationnelle et celle de sécurité et de par sa définition, cultiver ou prendre soin, elle accompagne quotidiennement les soignants dans leurs tâches. En effet, prendre soin, c'est agir en vue d'améliorer la santé des patients et de répondre à leurs besoins pour qu'ils se sentent en sécurité. Chaque individu s'intègre à un groupe par le processus de socialisation, par intériorisation des modes de pensée, des valeurs et des normes propres à une société ou un groupe. C'est pourquoi, elle apporte à un individu une identité personnelle, sociale ou culturelle. La façon dont un individu

partage sa culture influencera son intégration sociale et ses relations dans le milieu du travail par le processus de socialisation.

Ensuite, nous nous pencherons sur l'interculturalité qui ne doit pas être vue comme une difficulté mais plutôt comme une adaptation aux évolutions de notre société et est l'ensemble des interactions entre les cultures fondées sur le dialogue, le respect mutuel et le souci de préserver l'identité culturelle de chacun. Les personnes de cultures différentes passent par le processus d'acculturation qui consiste à établir la stabilité et l'adaptation au changement des individus pour arriver à une conciliation entre les cultures par un processus d'interactions, d'échanges, et de tensions en acceptant de créer une culture commune. L'interculturalité peut amplifier les difficultés du travail collectif via l'intégration de membres dont les principes culturels ne sont pas forcément identiques en matière de conception et d'organisation du travail, mais elle peut également développer leur créativité ou innovation. Néanmoins, recruter du personnel à l'étranger soulève plusieurs questions comme l'impact de ces soignants sur la qualité des soins, de son incidence sur la société ainsi que sur le soignant migrant lui-même. Les principaux problèmes pour les soignants étrangers concernent les différences linguistiques, les différences de contenu des fonctions, les protocoles, l'intégration, et il y a de ce fait un besoin d'insérer cette diversité dans un cadre cohérent et structuré qui permet une convergence des différentes tâches.

Ultérieurement, nous développerons la qualité et la sécurité des soins qui, depuis plusieurs années, sont devenus une priorité pour les hôpitaux et signifient de répondre aux besoins du patient en offrant les meilleurs soins. Toutefois, le malade devient un client avec ses exigences et il n'est plus un patient mais plutôt un acteur de son hospitalisation et est en droit d'attendre un haut niveau de prestation à l'hôpital, univers incertain où l'apparition de risques est présente et où un événement indésirable peut survenir à tout moment. La sécurité des patients y est perçue comme la diminution des risques acceptables de dommages associés aux soins de santé. Le rôle de la gestion des risques est d'instaurer la culture de sécurité formée à partir d'un service qualifié impliquant tous les soignants et d'une surveillance constante des facteurs déterminants pour des soins de santé de qualité. Elle permet à l'équipe de s'exprimer librement si elle constate qu'une situation pourrait altérer la qualité des soins aux patients sans une réponse punitive à l'erreur.

Pour terminer, nous allons développer les rôles du cadre de santé : la mondialisation des entreprises a influencé le style de management notamment dans les structures de soins en se tournant vers un manager interculturel qui est passé en quelques décennies de préoccupations marginales à des situations quotidiennes. Le cadre de santé est chargé de missions d'organisation des activités de soins, de management des équipes, de gestion des ressources humaines et il est également garant de la

qualité et de la sécurité des soins. La diversité culturelle peut engendrer conflits et déséquilibres au sein de l'équipe et diminuer l'efficacité des soins, il incombe donc au cadre d'accompagner les soignants étrangers dans leur intégration afin de trouver un équilibre et la cohésion du groupe. Les soins centrés sur le patient nécessitent la disponibilité de collectifs de travail stables et soudés qui analysent et améliorent leurs prestations de manière régulière et continue. Son rôle est également d'introduire la culture de sécurité au sein de l'équipe qui se construit dans un contexte où le travail d'équipe est valorisé et repose sur un apprentissage collectif. Le leadership du cadre contribuera à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient par une organisation optimale du travail et une prise en compte du facteur humain. À travers nos recherches, ce travail aura pour but de nous aider à répondre à notre problématique « En tant que cadre de santé comment certifier une qualité de soins dans une équipe interculturelle ? ». Nous essaierons d'amener quelques pistes de réflexion :

- Quelles sont les difficultés engendrées par la diversité culturelle que le cadre de santé peut rencontrer au sein de son équipe ?
- Quels facteurs contribuent à l'apparition d'événements indésirables ?
- Y a-t-il un impact interculturel sur la qualité et la sécurité des soins ?
- Comment l'infirmier en chef peut-il gérer les événements indésirables ?
- Comment développer la culture de sécurité dans une équipe interculturelle ?
- Quels sont les rôles à développer par le cadre en tant que manager interculturel ?

I. Le concept de la culture

Introduction

Pour comprendre le sens actuel du concept de culture et son usage dans les sciences sociales, il est indispensable de s'intéresser à l'origine du mot car sa définition a évolué au fil du temps. Depuis l'époque de l'Illuminisme, la culture est associée à la civilisation et au progrès et se retrouve partout car il n'existe pas de peuple ou d'organisation sans culture. La culture permet à l'homme de se développer et se perfectionner par différentes instructions et connaissances acquises au long de sa vie dans les différents milieux dans lesquels il évolue. Dans notre travail, nous allons décrire la diversité culturelle dans la société et pour comprendre ce phénomène, il est important premièrement de saisir les différents concepts de la culture et l'adaptation des comportements humains aux différentes situations en fonction de leurs propres cultures.

1. Etymologie

La culture est issue du latin *cultura* qui désigne le soin que l'on porte à une terre afin de la rendre fertile et rentable et dérive du verbe *colere* qui signifie habiter, cultiver ou soigner la terre. Ce terme désigne donc l'action de cultiver l'esprit et l'enrichir par l'ensemble des connaissances acquises par un individu. C'est le penseur romain Cicéron⁴ qui a le premier employé le terme culture : « *Un champ, si fertile soit-il, ne peut être productif sans culture, et c'est la même chose pour l'âme sans enseignement [...] La culture de l'âme c'est la philosophie : c'est elle qui extirpe radicalement les vices, met les âmes en état de recevoir les semences, et, pour ainsi dire, sème ce qui, une fois développé, jettera la plus abondante des récoltes* ». En utilisant la métaphore du champ, Cicéron illustre l'esprit humain. En effet, un champ ne peut pas être productif sans culture et c'est la même chose pour l'humain car l'apprentissage permet à l'individu de développer toutes ses capacités. Les sens modernes du mot apparaissent au XVI^e siècle : la culture désigne l'action de cultiver la terre et par extension, faire pousser le végétal puis élever du bétail et enfin faire pousser des microorganismes. La culture de l'esprit apparaît vers 1545, elle reprend le sens de « *développement des facultés intellectuelles par des exercices appropriés* »⁵, mais c'est seulement au XVII^e siècle que le mot « culture » s'impose et apparaît dans le Dictionnaire de l'Académie française. Il est suivi d'un complément d'objet et on parlera ainsi de la culture des Arts et des Lettres. C'est finalement au XVIII^e siècle que la culture est associée aux idées de progrès, d'évolution, d'éducation, de raison qui sont au cœur de la pensée de l'époque. Elle est proche du mot « civilisation » et tous les deux renvoient aux

⁴ Cicéron cité par De Koninck T., « Le sens de la culture », in *Laval théologique et philosophique*, 1996, p.592.

⁵ Lecordier D., « Culture », in *Les concepts en sciences infirmières*, 2012, p. 140.

mêmes conceptions fondamentales même s'ils ne sont pas équivalents. La culture évoque davantage les progrès individuels tandis que la civilisation les progrès collectifs. Ces deux mots marquent l'arrivée d'une nouvelle conception de l'histoire où l'homme est placé au centre de la réflexion et de l'univers.

2. Les différentes conceptions de la culture

L'apparition de l'anthropologie, de la sociologie et de l'ethnologie, en tant que disciplines scientifiques à la fin du XIX^e siècle, donnera ses premiers titres de noblesse au concept de culture pour apporter une autre explication à la diversité humaine. La culture peut avoir une signification singulière car elle est un objet universel chez les humains et est le propre de l'homme au sens anthropologique du terme, où elle peut avoir une signification plurielle car il existe plusieurs cultures distinctes composées d'éléments complexes ressemblant aux différents groupes sociaux. Les avancées des nouvelles sciences comme l'ethnologie, l'anthropologie et la sociologie ont eu pour but d'apporter une autre explication à la diversité humaine que celle de l'existence de races différentes et sont à la base d'une vision évolutionniste des différences culturelles. Le premier à formuler la théorie d'évolution des espèces a été Ch. Darwin⁶ qui a proposé une théorie révolutionnaire de Sélection Naturelle, donc du rapport de l'homme à son animalité et à la vie. Selon ses théories, il existerait une évolution biologique à travers la sélection naturelle et seulement les races les plus adaptées et les plus dominantes survivent. Ce processus d'évolution représente un progrès, une amélioration qui conduirait à la perfection. Il ne s'agit cependant pas du seul type d'évolution existante. Darwin affirmait que les humains changent également en raison de l'évolution culturelle et que l'arrivée de l'Homme à sa position d'éminence évolutive est représentée par une civilisation. C'est la combinaison des sentiments, des instincts sociaux comme l'instinct protecteur, de l'éducation, d'une morale de la bienveillance, du secours et de la sympathie mais également des facultés intellectuelles qui permettent à l'homme de fonder une société. L'évolution culturelle a été longtemps liée à l'évolution de types biologiques ou de races.

Les anthropologues et les ethnologues donnèrent une autre explication à la diversité humaine que celle de l'existence de races différentes avec le concept de culture. Selon D. Cuche⁷, E. Tylor, est considéré comme l'un des principaux anthropologues de l'évolutionnisme britannique qui a défini en premier le concept de culture en employant comme synonyme de civilisation : « *Culture ou civilisation, pris dans son sens ethnographique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou*

⁶ Darwin Ch., cité par Deliége R., *Une histoire de l'anthropologie. Ecoles, auteurs, théories*, Editions du Seuil, 2006, pp. 13-19.

⁷ Tylor E., cité par Cuche D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2001, pp. 16-18.

habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société ». Cette définition datée de 1871 est encore souvent citée dans différents ouvrages, elle reflète le contexte de l'époque où naissent les premières théories racistes qui visent à expliquer les différences entre les peuples et les sociétés et n'illustre pas des caractéristiques que nous attribuons à la culture de nos jours. Pour E. Tylor, la culture est apprise au cours de l'histoire par la répétition et son caractère ainsi que son origine sont plutôt inconscients. Dès son enfance, l'individu doit tout apprendre et par ce processus, les modèles caractéristiques d'une culture sont transmis. La description Tylorienne se rapporte à un ensemble de faits qui peuvent être observés et représentent l'expression de la vie sociale de l'homme, il est le premier à étudier la culture dans tous les types de sociétés et sous tous les aspects pour démontrer une continuité entre la culture primitive et la plus avancée. E. Tylor associe le mot culture aux sociétés dites primitives, objet de ses investigations, et le mot civilisation est réservé quant à lui aux sociétés dites plus évoluées et en particulier à la société occidentale.

Nous pouvons considérer E. Tylor comme l'inventeur du concept de culture, mais c'est F. Boa⁸ qui sera le premier anthropologue à mener des enquêtes in situ par l'observation des cultures primitives pour étudier une société sous tous les aspects. Ainsi, ce qu'il faut retenir de ses études, c'est que la différence fondamentale entre les sociétés humaines est d'ordre culturel et non racial. Pour lui, il n'existe pas de différence de nature entre primitifs et civilisés, uniquement des différences de culture qui est un phénomène appris et non inné. L'auteur s'intéresse surtout à la notion de races, qui selon lui ne sont pas stables et il n'y a pas de caractères raciaux immuables. C'est à F. Boa qu'on doit le relativisme culturel, car pour l'anthropologue chaque culture est singulière et dotée d'un style distinctif qui s'exprime à travers la langue, les croyances, les coutumes et qui influe sur les comportements des individus et selon lui, il n'existe pas de race qui aurait une culture plus évoluée qu'une autre. Vers la fin de sa vie F. Boa a affirmé la dignité de chaque culture en prônant le respect et la tolérance à l'égard des différentes cultures.

Le sociologue E. Durkheim⁹ voulait comprendre la composante sociale dans toutes ses dimensions y compris culturelle à travers différentes formes de société. Il n'utilisait presque jamais le mot culture, car selon lui les phénomènes sociaux ont nécessairement une dimension culturelle parce que ce sont des phénomènes symboliques. C'est pourquoi, la pensée de E. Durkheim démontrait une grande sensibilité à l'égard de la relativité culturelle qui dérivait de sa conception de la société. Néanmoins, sa représentation de la société conduisait à sa conception de la culture ou de civilisation, où cette dernière constituait un « *système complexe de solidarité* » et sa théorie de la conscience collective est une forme de théorie culturelle : il existe dans toute société une conscience collective faite de

⁸ Boa F., op. cit., pp. 18-22.

⁹ Durkheim E., cité par Cuhe D., op. cit., pp. 23-26.

représentations collectives, d'idéaux, de valeurs et de sentiments communs à chaque individu. Selon lui, la société collective précède l'individu et c'est elle qui construit la cohésion d'une société. C'est pourquoi son hypothèse sur la conscience collective a exercé une influence sur la théorie de la culture comme cultural pattern reprise par R. Benedict. Nombre d'anthropologues comme Benedict, Mead, Linton, Lévi-Strauss¹⁰ vont s'intéresser à comment l'individu incorpore et vit sa culture. Pour eux, chaque culture détermine un style de comportement commun à l'ensemble des individus participant à une culture donnée.

R. Benedict développe la notion de pattern culturel et tente de fonder l'utilité d'un arc culturel caractérisé par un modèle ou un style de vie, propre à chaque société et s'intéresse aux différences de personnalité selon les cultures. En effet, chacune d'elles se caractérise par un pattern, c'est-à-dire par un certain style, une certaine configuration et selon lui, chacune est unique mais emprunte une route propre pour poursuivre les différents buts en déterminant ses propres orientations et apporte à chacun les éléments nécessaires pour qu'il construise sa vie grâce aux institutions. En revanche, M. Mead oriente ses recherches plutôt vers la façon dont un individu reçoit sa culture et ses conséquences sur la formation de la personnalité. Pour elle, la culture ne se transmet pas comme les gènes mais l'individu se l'approprie tout au long de sa vie par le processus de transmission et de socialisation. Dès son bas âge, il se confrontera inconsciemment aux principes fondamentaux de sa culture par laquelle les parents ou les autres adultes transmettent à un enfant les différentes composantes de sa culture : le langage, les mœurs, les valeurs sociales et les traditions.

Nous pouvons également retrouver le concept de la culture dans différents travaux en science économique et de gestion comme chez G. Hofstede¹¹, le précurseur des travaux sur l'implication managériale et les cultures. Ils reposent sur une analyse des différences culturelles qui peuvent être observées en fonction de pays ou groupe de pays. Il a démontré ces influences sur la manière de percevoir l'espace, le temps et les relations interpersonnelles. Il considère que la pensée des individus est en partie conditionnée par les facteurs culturels nationaux et donc l'expérience acquise depuis l'enfance au sein de la famille, dans le cadre d'un système d'éducation ou au travail. Ces processus d'apprentissage diffèrent selon le pays et influencent fortement les attitudes, la façon de penser et les comportements de la personne dans une situation précise, induits par leur système de valeurs. Il établit des liens entre les modèles de gestion et des cultures en mettant en évidence leurs différences et ressemblances. G. Hofstede parvient à identifier cinq dimensions¹² avec la variabilité la plus grande d'une culture à l'autre : distance hiérarchique, individualisme versus collectivisme, incertitude et

¹⁰ Ibidem, pp. 36-38.

¹¹ Hofstede G., cité par Chevrier S., *Le management interculturel*, Paris, *Que sais-je ?* Presses Universitaires de France /Humensis, 2019, pp. 50-54.

¹² Annexe 1.

tolérance à l'ambiguïté, masculin versus féminin, court terme versus long terme. Ces dimensions peuvent influencer le style de management, la motivation du personnel, les structures et la manière d'appréhender et de gérer l'incertitude au sein des organisations.

D'autre part, l'étude, de F. Trompenaars et Ch. Hampden-Turner¹³ permet de comprendre l'impact de la diversité culturelle sur le management. Elle repose sur un modèle centralisé dans lequel se trouvent des dimensions en opposition qui peut être utilisé pour comprendre les interactions des personnes de différentes cultures afin d'éviter les malentendus et établir une synergie positive au travail. Partant du principe que chaque culture trouve sa particularité dans les solutions qu'elle considère pour la résolution des problèmes, les auteurs dégagent trois niveaux que sont respectivement les problèmes liés aux relations avec les autres, ceux qui proviennent du temps qui passe et ceux en relation avec l'environnement et ils font ressortir sept indicateurs fondamentaux opposés¹⁴.

En d'autres termes, ces deux études nous montrent que le fait de connaître différents aspects de la culture permet au manager d'avoir un autre regard sur la multitude de réalités et de vérités. Cela permet de comprendre les individus sans les juger, même si leurs comportements peuvent sembler inhabituels, et sans les enfermer dans la vision simpliste et réductrice d'une culture comme illustrée dans la définition suivante.

3. La définition de la culture

Les définitions de la culture sont variées, ce qui démontre l'intérêt du phénomène pour de nombreux anthropologues, ethnologues et sociologues. Les définitions dispersées dans divers articles, documents ou livres nous permettent de constater qu'il existe autant de conceptions de la culture qu'il y a d'auteurs, de chercheurs, d'écrivains, ou de penseurs qui se sont penchés sur la question. En 1952, A. Kroeber et C. Kluckhohn ont écrit une liste de plus de 200 différentes définitions du mot *culture*, il n'existe donc pas de définition universelle de celle-ci mais plutôt des caractéristiques et des fonctions acceptées qui peuvent la spécifier. La définition de S. Chevrier¹⁵ nous semble la plus appropriée : « *Un système de significations appris et partagé par les membres d'un groupe. Plus précisément une somme de références et de représentations implicites, plus ou moins partagées par les acteurs d'un même groupe social, et qui structurent inconsciemment leurs façons de voir et d'agir, leurs façons d'interpréter le monde et les rapports entre les gens et qui peuvent susciter des tensions*

¹³ Trompenaars F., Hampden-Turner Ch., cité par Alexandre-Bailly F. et al., *Comportements humains et management*, Pearson, 2019, pp. 312-315.

¹⁴ Annexe 2.

¹⁵ Chevrier S., citée par Loth D., « Le fonctionnement des équipes interculturelles », in *Management & Avenir*, n° 28, 2009, p. 329.

et incompréhensions du fait même qu'elles sont implicites ». Dès lors chaque personne est porteuse d'une culture en fonction de son univers, son pays d'origine, sa religion et sa catégorie sociale. Pour nous, ces représentations formalisées par les codes de lois, les rituels, les cérémonies, les coutumes, les règles de politesse permettent de défendre les pensées, les sentiments et de structurer les moyens de partage d'un même groupe social. Ensuite, des manières de penser, sentir, agir qui sont partagées par les personnes et des façons d'être sont considérées comme idéales ou normales participent à constituer une collectivité. C'est à travers un prisme de la culture que nous percevons des interactions sociales, des contradictions ou des différences qui peuvent conduire à l'incompréhension des représentations autres que les nôtres et au conflit.

Pour mieux comprendre la complexité de la culture et interpréter certains comportements humains M. Cohen-Emerique utilise la métaphore de l'iceberg¹⁶. Par cette association entre culture et iceberg, elle place en avant son caractère partiellement invisible. Cette métaphore fait également de la culture une évidence dont l'importance peut facilement être minimisée si nous ne regardons que sa partie visible. En effet, celle-ci représente les éléments qui correspondent à la partie la plus facile et la plus superficielle de la culture et dont les personnes sont conscientes : des codes, des comportements, des coutumes. En revanche, pour les comprendre il faut avoir accès à la partie invisible qui correspond à la culture profonde dont la plupart des personnes sont inconscients : des normes, des valeurs, des tabous, des croyances, des communications. C'est surtout à ce niveau inconscient que peuvent apparaître des malentendus entraînant parfois un conflit dans la rencontre interculturelle. Selon nous, les valeurs citées sont en adéquation avec la culture individuelle et la façon dont un individu la partage et influencera son intégration sociale et ses relations dans le milieu du travail par le processus de socialisation tel qu'expliqué ci-dessous.

4. La socialisation

Nous avons perçu que les manières de penser, d'agir et de faire ne sont pas innées mais apprises ou transmises et selon D. Cuhe¹⁷, la socialisation désigne le processus d'intégration d'un individu à un groupe par l'intériorisation des modes de pensée, des valeurs et des normes propres à une société ou un groupe. C'est pourquoi, elle apporte à un individu une identité sociale, c'est à dire une certaine manière de se comporter, de pouvoir être identifié par les autres et apporte une éducation pour s'intégrer dans la société. L'individu prend connaissance des manières d'être et d'agir valorisées dans

¹⁶ Cohen-Emerique M., *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques*, Rennes Cedex, Presses de l'EHESP, 2011, pp. 110-112. Annexe 3.

¹⁷ Cuhe D., op. cit., p. 47.

son milieu dès les premières rencontres. P. L. Berger et T. Luckmann¹⁸ distinguent deux phases importantes dans le processus de socialisation :

- primaire qui désigne l'acquisition de la capacité à vivre en groupe, c'est-à-dire qu'elle est déterminante pour la suite de l'apprentissage de la vie sociale et se réalise principalement pendant la petite enfance. L'enfant n'est pas spontanément un être social, il doit apprendre à parler et à se conformer à des règles. C'est la famille qui devient le premier groupe social et son rôle est d'assurer la structuration de la personnalité durant les premières années de sa vie. Grâce à la socialisation primaire, l'enfant intériorise le monde qui l'entoure comme étant le monde en général.
- secondaire représente le processus d'évolution de la personnalité d'un individu au cours de sa vie où il intériorise des mondes particuliers, et surtout qu'il pense comme tels. Elle permet à l'individu d'intégrer les valeurs d'appartenance et les normes de fonctionnement collectif notamment sur le lieu de travail. D'ailleurs, toutes les normes, les valeurs, les coutumes, acquises lors de la socialisation primaire tendent à être renforcées lors de la socialisation secondaire. C'est également par la socialisation que naît l'identité de chaque individu.

5. L'identité

La notion d'identité est récente dans le champ des sciences sociales, et est associée à la psychologie et à la sociologie dans les années cinquante aux Etats-Unis. Ces différentes sciences se sont intéressées à l'identité pour étudier les rapports de pouvoir et les influences entre les différents individus. Tout d'abord, l'identité est composée par l'ensemble des caractéristiques et des particularités qui font qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique et qu'ils sont perçus comme telle par les autres. Le concept d'identité comporte deux aspects indissociables que sont la détermination de la différence et le processus d'identification qui est la reconnaissance à la fois interne et externe. À l'intérieur du groupe, les membres se reconnaissent par l'appartenance, quant à la différence, elle permet la reconnaissance externe. L'identité de chaque individu est construite de différents composants. Ainsi, l'identité personnelle est le produit de la socialisation primaire, laquelle permet la constitution du Soi et ce processus s'effectue de manière continue tout au long de la vie. L'individu se perçoit comme identique à lui-même, c'est ce qui le spécifie et le singularise par rapport aux autres. Chaque personne qui naît a au moins une culture, car cette dernière est marquée par la société dans laquelle elle va vivre et assimile la multitude des références liées à son histoire. Elle dépendra à la fois du contexte et des ressources qui peuvent être mobilisées et peuvent se modifier en fonction des différentes situations rencontrées par les individus.

¹⁸ Berger P. L., Luckmann T., cité par Cuche D., Ibidem., p. 48.

Ensuite, l'identité permet également à la personne de se repérer dans le système social, d'être lui-même repéré socialement et de construire son identité sociale. E. M. Lipiansky¹⁹ explique qu'elle est relative à l'appartenance de l'individu à des catégories biopsychologiques comme le sexe, l'âge ou à des groupes socioculturels comme ethniques, nationaux, professionnels. Une des composantes de l'identité sociale est l'identité professionnelle qui se construit sur le lieu de travail et renvoie au monde et au sens que l'individu va lui donner. Le travail occupe une place importante car il est source de reconnaissance de la société et permet de s'intégrer socialement et de se sentir utile. C'est également une reconnaissance de soi par l'autre car travailler permet à la personne de partager des valeurs communes et de réaliser des objectifs individuels dans une dynamique collective. C'est aussi une reconnaissance de soi par soi-même qui permet de se réaliser, d'acquérir une certaine autonomie et de partager des savoirs.

Mais pourquoi la culture devient-elle de plus en plus associée à l'identité ? De nos jours, les grandes interrogations sur l'identité renvoient à la notion de culture, utilisée pour caractériser une société, un groupe distinct d'un autre et oriente l'inscription de l'individu dans le tissu social ou les modalités de partage de valeurs. Enfin, l'identité culturelle renvoie à la question plus large de l'identité sociale et se décline en de nombreuses dimensions : appartenance culturelle, ethnique, statut social, rôle, image de soi et personnalité et change en fonction de l'âge ou des contextes. C'est pourquoi, elle n'est pas un bloc monolithique, mais plutôt composée de multiples facettes qui interagissent constamment. Pour dynamiser le processus de l'identité culturelle E.M. Lipiansky²⁰ distingue deux aspects à cette identité : elle peut désigner les modes de sentir, de penser et d'agir que l'individu ou le collectif tire de ses appartenances culturelles, ou elle peut renvoyer au sentiment subjectif qu'a le sujet de ce qui l'identifie culturellement. C'est dans l'interaction avec l'autre que se construit, s'actualise, se conforme ou s'infirmes l'identité. En outre, sa conception issue de notre héritage culturel se traduit par des traits, des fonctions, des comportements individuels ou collectifs que nous considérons comme attachés aux porteurs d'identité.

Conclusion

Nous pouvons constater que le concept de culture a été étudié par différentes disciplines des sciences sociales qui ont apporté des explications sur l'existence de différentes cultures et démontré une évolution et une diffusion dans les divers milieux sociaux et professionnels. Chaque culture est unique et détermine un certain style de comportements communs en apportant les éléments nécessaires pour se construire. Elle ne se transmet pas comme les gènes mais chacun de nous se l'approprie tout au

¹⁹ Lipiansky E. M., cité par Tison B., *Soins et cultures : Formation des soignants à l'approche interculturelle*, Elsevier Masson, Issy-les Moulineaux, 2007, pp.47-48.

²⁰ Ibidem., p.31.

long de la vie, en d'autres termes, c'est un processus de transmission et de socialisation. Dès l'enfance, l'individu se construit, premièrement par la transmission des valeurs, croyances, coutumes par les parents et ensuite par sa vie sociale, qui permet de construire son identité sociale. En s'intégrant dans une équipe, la personne de culture différente va pouvoir partager des valeurs, des normes ainsi qu'adapter des comportements tels qu'attendus par l'équipe. Le lieu de travail sera donc perçu comme lieu de socialisation et de construction de leur identité professionnelle. Cependant, même si la culture est ce qui détermine une personne, elle est également source d'incompréhension au sein de la société puisqu'elle n'est pas inhérente à une origine nationale ou ethnographique. En effet, notre culture d'origine est confrontée à la culture d'entreprise, du métier, à une classe sociale, à un milieu professionnel ou à une génération mais également aux cultures de différents individus croisés dans la société. La culture peut donc être considérée comme bidimensionnelle, puisqu'elle permet de reconnaître à la fois les similarités et les différences des individus. Finalement, pour R. Mucchielli²¹, l'appartenance à une culture est un clivage général de nos perceptions, de nos principes, de nos jugements, des significations que nous donnons à tout ce qui nous entoure. En effet, la culture contribue à la cohérence des actions de chaque individu au sein de l'équipe mais aussi à la performance et à l'efficacité du travail effectué et elle mobilise nos valeurs et nos croyances et donne un sens à la vie ou à nos relations aux autres. Le cadre de santé sera amené à côtoyer des personnes de cultures différentes et devra participer au processus d'intégration et d'adaptation au sein de l'équipe, et donc à leur socialisation. Le partage des codes, des valeurs entre les membres permet à tous les individus de se sentir acceptés et intégrés. L'interculturalité, qui est de plus en plus présente dans la société et également dans les structures de soins, sera exposée dans le chapitre suivant.

²¹ Mucchielli R., *La dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Paris, ESF Sciences humaines, 2011, p. 24.

II. La diversité culturelle

Introduction

La diversité culturelle est désormais présente dans nos structures de soins et elle peut impacter la façon de travailler des soignants : une équipe interculturelle implique une collaboration entre des personnes de croyances, de valeurs et de comportements différents et cela peut engendrer des tensions, du conflit ou de la solidarité entre les membres d'une équipe. L'image que chacun se fait de ses collègues et de l'ensemble détermine ses comportements et, dans une équipe heureuse nous retrouvons un climat de confiance et un sentiment d'appartenance qui sont source de cohésion mais, à l'inverse, un seul élément comme la diversité culturelle peut détruire ce fragile équilibre. Celle-ci se caractérise par ce qui est divers, varié et appliquée à un groupe elle correspond à la variété des profils qu'on y trouve en termes d'origine géographique, de catégorie socioprofessionnelle, de culture, de religion, de coutume, d'âge, de sexe ou de niveau d'études.

Dans la société, cette diversité peut parfois induire de l'ethnocentrisme qui est une incapacité à reconnaître la différence. Il reflète la fermeture de tous les humains qui, confrontés à la différence, la rejettent, la refusent et compliquent la relation interculturelle, l'autre est placé à un niveau inférieur et ces appréciations fictives créent de la discrimination envers les groupes minoritaires, ce qui conduit inévitablement à un préjugé négatif, à des stéréotypes à l'égard de l'autre et entraîne l'exclusion de tout un groupe.

1. Multiculturalité, pluriculturalité et interculturalité

1.1. La multiculturalité

Nous pouvons définir la multiculturalité comme la coexistence de plusieurs cultures dans une société, c'est également la simple reconnaissance des différences, mais sans tenter de les faire se rencontrer de quelque manière que ce soit. Ce terme, dans une équipe, est tout simplement une mixité entre des personnes dont les savoirs sont issus d'une éducation, d'une culture, d'une origine ou d'une croyance propre à chacun et est défini par « *ce qui relève de plusieurs cultures différentes* »²². Selon M. Abdallah-Preteuille²³, la multiculturalité accentue la reconnaissance et la coexistence de cultures distinctes en donnant la priorité au groupe d'appartenance. « *L'individu est d'abord, et essentiellement, un élément du groupe. Son comportement est défini et déterminé par cette appartenance. L'identité groupale prime sur l'identité singulière. L'accent est mis sur la*

²² Le Nouveau Petit Robert, 1994, p. 1455.

²³ Abdallah-Preteuille M., citée par Thieyre S., *Multiculturalisme versus interculturalisme : quelle approche adopter en management des organisations ?* Centre de ressources en économie-gestion, Académie de Versailles, 2011.

reconnaissance des différences ethniques, religieuses, migratoires, sexuelles, etc. Le multiculturalisme additionne des différences, juxtapose des groupes et débouche ainsi sur une conception mosaïque de la société. Ce modèle additif de la différence privilégie les structures, les caractéristiques et les catégories. ». La multiculturalité ne permet pas de résoudre le problème des relations entre les groupes au risque de stigmatiser certains individus et d'accentuer des comportements de rejet et d'exclusion. En effet, tout en reconnaissant les différences, elle s'arrête à une structure de cohabitation, de coprésence des groupes et des individus qui peut être conflictuelle, car les relations inégalitaires ne sont pas remises en cause. Ce concept est aussi un mouvement qui met en avant la diversité culturelle comme source d'enrichissement de la société. Il peut se manifester par des politiques volontaristes : de lutte contre la discrimination, identitaires, favorisant l'expression de particularités culturelles visant à la reconnaissance.

1.2. La pluriculturalité

Le pluriculturel est un concept qui aide à analyser et caractériser une situation de cohabitation de plusieurs cultures et qui ne fait pas de distinctions ni de différences. C'est une capacité à gérer culturellement le vivre ensemble dans une société multiculturelle. C'est une vision commune d'une orientation générale à une société sans pour autant influencer les cultures qui y cohabitent.

1.3. L'interculturalité

L'interculturalité est une des conceptions sociopolitiques qui est apparue en 1971 aux Etats-Unis et est relative à la gestion de la diversité au sein d'une même société. Le préfixe inter indique une mise en relation et des interactions entre des groupes, des individus ou des identités. Dès lors, si le multi et le pluriculturel s'arrêtent au niveau du constat, l'interculturel opère une démarche qui n'a pas pour objectif d'identifier la personne en l'enfermant dans un réseau de significations mais vise à accorder une place en tant que sujet qui possède ses propres caractéristiques culturelles.

Selon la définition de l'UNESCO²⁴, l'interculturalité « renvoie à l'existence et à l'interaction équitable de diverses cultures ainsi qu'à la possibilité de générer des expressions culturelles partagées par le dialogue et le respect mutuel ». Selon nous, la reconnaissance de différentes cultures permet d'aborder la tolérance et le respect à l'égard de l'autre et de faciliter l'intégration et les échanges. L'interculturalité porte aussi sur trois thématiques complémentaires entre elles :

²⁴ UNESCO, Article 4.8 de la Convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles.

- l'étude de la diversité culturelle, pour comprendre les sociétés et les individus issus de différents groupes ethniques et sociaux dont le but est de dégager l'influence de la culture sur les conduites humaines à tous les niveaux
- les phénomènes liés aux changements culturels, sociaux et psychologiques lors de contacts entre des groupes de cultures différentes au travers des travaux sur le processus d'acculturation de la population
- les processus d'interactions entre individus et groupes relevant de différents enracinements culturels avec les travaux sur les préjugés, les stéréotypes, les discriminations ainsi que sur la communication interculturelle et le management interculturel qui s'attachent à ce champ de recherche.

Dans son article, M. Cohen-Emerique²⁵ nous présente une analyse épidémiologique de M. Abdallah-Preteille qui pose que l'interculturel apporte, à une approche qui serait seulement culturelle, trois perspectives nouvelles : subjectiviste, interactionniste et situationnelle :

- subjectiviste, implique une relation entre deux individus porteurs de culture différente que chacun se l'étant appropriée dans sa subjectivité et de façon unique après l'avoir reçue, nuancée, modifiée en fonction de différents facteurs tels que l'âge, le genre, l'appartenance sociale ou la trajectoire personnelle, avant de la transmettre à son tour
- interactionniste, l'interculturel implique de reconnaître qu'il y a deux individus, moi et autrui et pas uniquement un étranger. Cette perspective souligne le rapport dynamique entre deux identités où la différence d'autrui joue le rôle de révélateur de ce que je suis
- situationnelle, si l'interculturel n'impliquait que des différences de normes, de codes ou de valeurs dans les interactions entre les personnes de cultures différentes, les difficultés de compréhension en seraient plus faciles à surmonter.

Pour M. Cohen-Emerique²⁶, les interactions interculturelles ne peuvent se développer que sur fond de représentations mutuelles établies dans des contextes précis. C'est pourquoi cette conception démontre que la tolérance et le respect à l'égard des personnes de cultures différentes ne peuvent exister que par une meilleure connaissance mutuelle. Mais, cette rencontre interculturelle peut produire chez les individus un processus appelé choc culturel, par lequel chacun découvre ce qui lui

²⁵ Abdallah-Preteille M., cité par Cohen-Emerique M., « L'interculturel dans les interactions des professionnels avec les usagers migrants », in Alterstice, Revue internationale de la recherche interculturelle, vol.1, n°1, 2011, pp.12-13.

²⁶ Ibidem, p.13.

est nouveau et autre. Comme la partie visible de l'iceberg, lors du choc nous ne voyons qu'une petite partie de la culture sans comprendre le sens des comportements observés. Mais, les perceptions sélectives, la peur de l'étranger, les préjugés, les ethnocentrismes, la tendance à la schématisation des différences et enfin les attitudes de dévalorisation, de discrimination et même de racisme constituent des cloisons faisant obstacle à une ouverture à l'autre, à la reconnaissance et à l'acceptation des différences. Ce choc fait-il partie intégrante de l'approche interculturelle ? En effet, bien souvent quand nous rencontrons la différence, nous pouvons vivre un choc potentiel qui peut se dérouler aussi bien sur un mode positif que négatif. M. Cohen-Emerique²⁷ voit ce choc comme « *une situation émotionnelle et intellectuelle apparaissant chez les personnes qui, placées occasionnellement ou professionnellement hors de leur contexte socioculturel, se trouvent engagées dans l'approche de l'étranger* ». Selon l'auteur, sur un mode négatif, il s'agit d'une réaction de dépaysement, de frustration, de rejet, de révolte, et d'anxiété alors que sur un mode positif cela s'exprime davantage par une réaction de fascination, d'enthousiasme et d'émerveillement. C'est pourquoi, les attitudes ou les comportements de l'autre qui nous paraissent étranges agissent alors comme un miroir réfléchissant et révélant nos normes et valeurs. Ce processus est une forme d'acculturation et peut être extrêmement difficile à vivre ou à accepter pour celui qui y est confronté.

2. L'acculturation

C'est un concept utilisé par les anthropologues pour décrire les faits d'assimilation ou d'échanges culturels qui interviennent entre des groupes de traditions différentes amenés à vivre en contact continu. La définition d'acculturation selon R. Redfield et al.²⁸ est « *l'ensemble des phénomènes qui ont lieu lorsque des groupes et des individus rentrent en contacts prolongés pour la première fois, avec comme effet des changements dans l'un ou les deux groupes* ». Elle nous démontre que le changement fait partie d'un ensemble culturel qui affirme une certaine stabilité et désigne un phénomène dynamique en cours de réalisation. Ce concept est souvent utilisé dans l'étude de phénomènes interculturels, tels que la migration, les échanges ou les conflits. C'est pourquoi, nous pouvons observer d'importantes modifications au niveau des valeurs, des comportements, des croyances et des modes de vie lorsque des groupes de cultures diverses entrent en rapports prolongés. L'acculturation peut impliquer une réciprocité des influences subies d'une culture à l'autre, même si l'une d'elles est en situation dominante, elle se produit rarement à sens unique.

²⁷ Cohen-Emerique M., *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques*, op. cit., p. 65.

²⁸ Redfield R., cité par Cohen-Emerique M., *Ibidem*, p.51.

Pour S. Abou²⁹, l'intégration des individus de cultures différentes s'accompagne inévitablement de leur acculturation même si dans les deux processus la forme ou le rythme ne sont pas les mêmes. Toujours selon l'auteur, ces deux processus sont vécus différemment par les personnes immigrées et par la société d'accueil, selon que l'immigration soit forcée ou volontaire, temporaire ou définitive. Pour les personnes étrangères qui viennent travailler dans nos structures de soins, le processus d'intégration peut s'avérer plus facile car leur immigration est souvent dominée par l'idée de retour et ils considèrent leur séjour comme temporaire. Avoir un emploi, et donc un engagement dans la vie collective de la société d'accueil, peut s'accommoder d'une acculturation de surface. Dans l'interculturalité, il s'agit d'établir et de maintenir une approche permettant à la fois la stabilité et l'adaptation au changement des individus. Le but est d'arriver à une conciliation entre les cultures par un processus d'interactions, d'échanges, de tensions en s'intégrant facilement dans l'équipe soignante.

3. La diversité culturelle dans une équipe soignante

La gestion de cette diversité est complexe et de bonnes connaissances et une compréhension des différences sont essentielles au bon fonctionnement d'une équipe. Certes, la diversité culturelle peut se prouver particulièrement délicate à gérer surtout lorsque le conflit est inhérent à toute équipe. La culture devient un outil d'analyse à travers lequel les individus vont regarder et juger les autres, appréhender l'autre par rapport à sa propre culture en instaurant une hiérarchisation entre elles, et tenter de renforcer la distance entre eux, ce qui peut influencer l'apparition des conflits. Selon O. Meier³⁰, l'existence de conflits entre cultures provient de l'utilisation consciente ou inconsciente d'une simplification de la réalité, au travers de stéréotypes, de préjugés ou de jugements de valeurs. La confrontation à un groupe ou à une culture engendre des idées préconçues qui permettent à l'individu de réduire la complexité, d'augmenter le sentiment de sécurité et de renforcer son estime de soi par une dévalorisation de l'autre. Finalement, le concept de conflit est perçu comme quelque chose de négatif. Pour les modernistes, au contraire, il peut se révéler positif s'il est géré de manière adéquate et peut donc être bénéfique non seulement pour l'équipe, mais aussi pour l'organisation. Ce conflit développe un savoir plus étendu et plus d'expériences différentes, ce qui peut guider l'équipe vers plus de créativité, d'innovation et d'adaptation dans les projets communs.

Une équipe interculturelle peut être définie comme le rassemblement en un lieu de plusieurs personnes porteuses de cultures différentes autour d'un objectif commun. Tout d'abord, les relations entre ce type de personnes sont mises en œuvre et reposent sur l'appel d'une culture de chacun faite

²⁹ Abou S., « L'intégration des populations immigrées », in *Revue européenne des sciences sociales*, n° 44-135, 2006, pp.82-83.

³⁰ Meier O., *Management interculturel, Stratégie-Organisation-Performance*, Paris, Dunod, 2013 pp. 86-88.

de valeurs, de croyances, de traditions, de coutumes, de rites, de connaissances, d'histoires personnelles, familiales et collectives. Tous ces éléments composent la société que chaque individu doit prendre en compte, car ils créent la diversité dans l'équipe. Pourtant, l'interculturalité peut amplifier les difficultés du travail collectif, avec l'intégration de membres dont les principes ne sont pas forcément identiques en matière de conception et d'organisation, en cela que ces personnes peuvent avoir des façons différentes de travailler, d'agir ou de penser. Par la suite, les notions données au sens de mots tels que contrôle, responsabilité ou performance diffèrent selon la culture et peuvent avoir une connotation positive ou négative sur le lieu de travail. Il en est de même avec les notions de management ou de hiérarchie qui peuvent s'établir différemment, et la difficulté à comprendre le système de référence peut provoquer des contestations au niveau de la gouvernance.

Les principaux obstacles rencontrés au sein des équipes interculturelles se situent au niveau de la communication, qu'elle soit orale, écrite voire non-verbale. En effet, la maîtrise de la forme linguistique est nécessaire mais ne suffit pas à la communication. La transmission de messages n'est jamais neutre car les intentions et les représentations de l'émetteur et du récepteur conditionnent la diffusion et l'interprétation des messages. Il peut y avoir une divergence entre le locuteur et l'interlocuteur qui engendre des difficultés de décodage, des malentendus, de la confusion ou de l'incompréhension. En outre, la barrière langagière est un des problèmes rencontrés dans une équipe interculturelle, et même l'accent d'une personne étrangère peut entraîner des erreurs de compréhension. Nous devons également mentionner le langage non verbal car certaines attitudes ou postures peuvent générer de l'incompréhension et constituer un facteur nuisible à l'intégration professionnelle dans une équipe. En effet, celui-ci influence le comportement quotidien, modifie les interactions et crée un clivage en fonction des origines de chacun, de plus, la communication peut apparaître difficile selon les individus, la relation établie, le sujet traité, les réactions, ce qui d'emblée influence les interactions entre les membres de l'équipe par le simple fait de mettre en relation des différences dans les pratiques, les mots, le sens ou la langue. Chacun possède sa manière de voir les choses, sa manière de procéder, ses normes ou ses valeurs et il est parfois difficile d'admettre que l'autre peut avoir raison et que sa façon de faire, bien que différente, n'est pourtant pas erronée ou inefficace.

Tous ces éléments viennent compliquer le travail collectif intégrant des personnes dont les identités et les valeurs ne sont pas en adéquation en matière d'organisation du travail, et la discrimination de certaines populations peut conduire à une inégalité, une dévalorisation, une incompréhension des comportements ou des réactions en lien avec la culture de la personne. Cette dernière démontre par exemple des rapports de pouvoir entre les collègues et la hiérarchie notamment à l'égard des femmes, mais aussi du racisme ou du sexisme qui peuvent créer une perpétuation de l'inégalité et devenir des

stéréotypes de certaines cultures. Toutefois, cette diversité est aussi un enrichissement mutuel pour l'équipe étant donné que la diversité permet la créativité, l'ouverture d'esprit et l'innovation dans les projets communs par la création de nouvelles idées ou l'introduction de nouvelles pratiques. Ces multiples profils dans les équipes de soins facilitent les relations avec les malades de même origine que certains soignants par la compréhension de la situation, la mise en confiance et surtout par un meilleur accueil et prise en charge. C'est pourquoi, les différents points de vue peuvent accentuer le développement de solutions alternatives et accroître la compréhension, ce qui augmente la performance de l'équipe. La recherche de valeurs communes liées à des normes morales ou éthiques transcende cette diversité, permet d'agir dans un champ d'action accepté par toute l'équipe et d'avoir une cohésion de groupe. Cette cohésion peut cependant s'avérer perturbée par certains obstacles présents dans une équipe interculturelle.

4. Les concepts en lien avec la diversité culturelle

Dans une rencontre interculturelle se trouve toute une gamme d'obstacles avant d'arriver à une synergie des cultures. Au malentendu né des différences culturelles, s'ajoutent les obstacles liés aux représentations que nous avons d'un étranger et aux idées qui le jugent ou le dévalorisent. Il arrive que peu importe son origine ou sa culture, le soignant étranger est perçu à travers des préjugés ou des stéréotypes, l'ethnicisation ou jugement des valeurs, parfois de manière insidieuse, fragilise l'équipe et crée des conflits. Tout d'abord, la pluralité des cultures peut conduire à différentes formes de racisme dans les soins qui peuvent provenir des soignés ou des soignants eux-mêmes. Il est souvent caractérisé dans les propos ou dans la non-reconnaissance, peut prendre d'autres formes et se dissoudre dans le ton, le regard ou l'interprétation. Le racisme de la part des soignés est un phénomène connu mais pas toujours encadré et génère des tensions au sein de l'équipe qui a parfois de la difficulté à le reconnaître et le banalise. La non-reconnaissance des diplômes et des expériences acquises hors du pays d'accueil peut parfois pénaliser les soignants d'origine étrangère en leur attribuant des services moins exigeants professionnellement ou moins valorisés.

Une autre source de conflit dans une équipe est les stéréotypes, c'est-à-dire les croyances instantanées que les personnes portent les unes envers les autres et qui consistent à voir chaque membre à travers des caractéristiques générales, simplificatrices, répétitives et donc proches de la caricature. Ils correspondent aux jugements des comportements et des individus à travers ses propres paradigmes culturels et ils font partie du bagage culturel de chacun. Ces stéréotypes sont très marqués dans les relations entre les diverses cultures et vont servir de points de repères lors des premiers échanges entre personnes de différentes origines. Ceux-ci donnent souvent une image figée et incomplète de la

personne, fondée sur des généralisations qui ne tiennent pas compte des caractéristiques propres à chacun.

Les préjugés, ce qui signifie juger avant, parviennent à une conclusion au sujet d'une personne avant même de la connaître et constituent un autre obstacle. Ceux-ci doivent se voir comme des jugements qui s'appuient sur des évaluations généralisantes, forgées à priori, sans fondements empiriques ou rationnels, amenant les individus à déprécier une personne en fonction de son appartenance. Ils se distinguent des stéréotypes car ces derniers sont des croyances qui disposent d'un contenu tandis que les préjugés sont avant tout une évaluation dont la valence est à dominante négative. Les jugements de valeurs sont aussi une source possible de conflit. Les valeurs sont organisées en systèmes, elles sont ordonnées, hiérarchisées par importance relative et ont une charge affective. Nous pouvons opposer le jugement de valeur et le jugement de réalité, où nous nous contentons de constater la réalité d'un objet ou d'un fait. C'est un simple constat qui ne comporte aucune appréciation et qui correspond à un jugement de fait, c'est-à-dire un énoncé décrivant ce qui est. Dans une équipe interculturelle, le premier niveau de perception, influencé par un arrière-plan culturel, concerne ce qui est visible en portant immédiatement un jugement sur ce que nous croyons être la cause. Cela influence l'apparition de clichés où la personne est cataloguée avant d'avoir pu dire quoi que ce soit. Selon nous, toutes ces perceptions erronées vont provoquer la stigmatisation de l'autre et des malentendus. Enfin, la dernière source est l'ethnicisation, c'est-à-dire enfermer dans une identité ethnique de population les étrangers qui sont installés et intégrés depuis de nombreuses années dans le pays d'accueil. Ils se sont adaptés au mode de vie et aux valeurs locales mais il suffit d'un nom, d'un accent, d'une couleur de peau ou l'appartenance à un quartier difficile pour qu'ils soient perçus comme différents.

En d'autres termes, les stéréotypes, les préjugés, les jugements de valeurs ou l'ethnicisation sont inévitables dans une équipe interculturelle, mais leurs aspects destructeurs viennent d'une mauvaise utilisation qui s'avère fréquente et dangereuse. Souvent dans un choc culturel, un certain nombre de ces préjugés et de ces stéréotypes apparaissent pour expliquer des situations complexes à évaluer. La catégorisation, dans l'ethnicisation comme dans le cas de préjugés ou de stéréotypes, est utilisée pour expliquer les comportements des étrangers, leurs échecs ou la violence en les dévalorisant.

Conclusion

Les difficultés de cohabitation, de compréhension, de partage, de respect ou de reconnaissance amènent à une dimension d'interculturalité de l'ensemble des relations et interférences. Une mise en relation et une prise en considération des interactions entre des individus servent à cerner les dynamiques de rencontre, d'échange entre deux ou plusieurs cultures en contact. En d'autres termes, cette relation peut amener à une découverte de fortes différences culturelles et provoquer un choc.

Toutefois, lors de ce choc, nous ne voyons que la partie visible sans comprendre le sens des comportements observés. De plus, les jugements de valeurs, les stéréotypes ou les préjugés fréquents dans une équipe interculturelle peuvent provoquer l'apparition du conflit et entraîner des dysfonctionnements dans l'équipe. D'autre part, les échanges interculturels perturbent l'organisation parce que les systèmes de référence de certains divergent. Lorsqu'une personne coopère avec une autre, elle va réagir en fonction de son histoire, de sa culture, avec ses spécificités linguistiques, juridiques, sociales, ethniques et religieuses. La difficulté essentielle est de percevoir les différences et d'être capable d'intégrer ces savoirs pour modifier les attitudes et le regard face à la diversité. Celle-ci mène à l'acculturation, un processus d'adaptation de nouveaux membres dans une structure de soins. Pour les aider, l'équipe doit accepter ces différences et développer une collectivité, ce qui permet à chacun de se sentir intégré. La qualité du lien entre les membres engendre de l'harmonie dans l'équipe et cette cohésion se construit et se cultive et rassemble tous les soignants vers la réalisation d'un but commun qui est la qualité des soins du patient.

III. La qualité des soins

Introduction

Depuis plusieurs années, la gestion de la qualité est devenue une nécessité et une priorité pour les hôpitaux mis en concurrence, même si ce terme n'est pas uniquement utilisé pour exprimer l'excellence mais vise plutôt à trouver un équilibre entre les attentes des patients, les coûts, la satisfaction du personnel ou la performance de l'hôpital. Tous les établissements de soins sont de plus en plus soumis à l'évolution des lois, des réglementations ainsi qu'à différentes directives en matière de justifications des soins. C'est pour cette raison que les critères de qualité et de sécurité du patient, la gestion des incidents dans l'organisation des soins sont devenus les priorités dans les établissements. Cependant, aujourd'hui plus que jamais, les soignants subissent d'intenses pressions contradictoires de productivité, de qualité et de sécurité des soins et l'intensification du travail, le manque chronique de personnel et le stress permanent qui en résultent, mais aussi le constat d'un mauvais service rendu expose le métier de soignant à des risques. L'objectif de chaque structure de soins est la nécessité d'évaluer les signaux annonçant la survenue du risque afin de prodiguer des soins de qualité dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

1. L'hôpital

L'hôpital connaît une évolution constante dans la conception de son organisation et les objectifs économiques, politiques et stratégiques de l'hôpital-entreprise qui visent à développer surtout la productivité et la rentabilité ne correspondent pas à sa vision sociale dans sa vocation historique qui est d'accueillir, prévenir, éduquer et soigner les malades. Il subit d'importantes transformations par rapport aux facteurs économiques et sociaux, et le département infirmier s'est vu définir au fil du temps par des textes législatifs et des recommandations par rapport aux niveaux de besoins en personnel pour dispenser les soins aussi bien en termes de taille d'effectif qu'en terme de qualifications requises. Les difficultés économiques et les contraintes budgétaires des hôpitaux sont liées au financement du secteur de soins, assuré d'une part substantive par le financement public. Le déficit des hôpitaux publics est pris en charge par les régions, par contre les hôpitaux privés doivent assumer eux-mêmes leurs charges financières. Les principales sources de financement en Belgique sont³¹ :

➤ BMF, budget national fermé qui couvre en partie les coûts des activités hospitalières : personnel infirmier, administration, entretien, blanchisserie, obligations légales en matière de qualité et de

³¹ Stephani V., Crommelynck A., et al., « Financement des séjours hospitalier pour les soins à haute variabilité », Synthèse, KCE, 2018, pp. 12-13.

sécurité des soins et fonctionnement opérationnel de la pharmacie. Le principal mécanisme de répartition du budget entre les hôpitaux repose sur les DRG, un financement en fonction de l'activité mesurée par la technique des groupes homogènes de malades, cliniquement similaires et consommant des ressources identiques

- les prélèvements sur les honoraires des médecins. Les médecins cèdent une fraction de leurs honoraires à l'hôpital pour couvrir partiellement les frais liés directement ou indirectement à leurs activités médicales
- les spécialités pharmaceutiques sont financées en partie par produit et en partie par le biais d'un forfait par séjour, propre à chaque pathologie
- dans certains secteurs médicaux bien spécifiques, l'INAMI accorde également des montants forfaitaires dans le cadre de conventions
- l'hospitalisation de jour, financée par le biais de montants fixes dont certains diffèrent d'un hôpital à l'autre, le financement de la chirurgie de jour relève du BMF.

En Belgique, les normes d'encadrement sont définies par la loi sur les hôpitaux de 1987 et des Arrêtés royaux spécifiques, et sont différentes par indice de lit et modulées en fonction du taux d'occupation moyen, mais n'aident pas à gérer quotidiennement le niveau d'effectif en fonction de la charge en soins.

Accreditation Canada, choisi par les hôpitaux en Wallonie, est un organisme indépendant qui établit des normes de qualité et de sécurité dans les soins de santé et accrédite des organismes de santé en Belgique et dans le monde. Cette reconnaissance internationale démontre l'engagement des hôpitaux pour des soins de qualité et leur volonté de se conformer aux pratiques les plus sécuritaires. Afin de maintenir leur niveau d'accréditation, les hôpitaux sont évalués tous les trois ans, ce qui leur permet de réviser les processus d'amélioration continue de la qualité. Néanmoins, l'hôpital reste une organisation économique reposant sur les personnes où sont mises en commun des compétences multiples et des cultures différentes qui contribuent à son organisation et sa performance. C'est également un lieu de travail collectif, supposant la mobilisation des valeurs communes de la part de tout le personnel et où des tensions dans les relations interpersonnelles entre les soignants et la standardisation des pratiques surviennent. Les soignants se retrouvent dans une organisation complexe où parfois les logiques se confrontent et la quête de la qualité se heurte à la productivité, au rendement, et apparaissent dès lors comme paradoxales pour les soignants. La certification des établissements hospitaliers a changé le regard des équipes de soins sur leurs pratiques individuelles et collectives et ces dernières sont amenées à les questionner au quotidien pour les harmoniser,

appréhendant certaines pratiques et le suivi de nombreux protocoles. Cette normalisation et cette standardisation des pratiques sont imposés par la certification des hôpitaux et fixent les procédures, les protocoles à respecter par les soignants qui deviennent une partie intégrante des soins. Les grands principes de certification reposent sur la place donnée au patient, l'implication des personnels et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Face à ces changements dans les institutions, le travail en équipe est un élément clé de la réussite.

2. Le travail en équipe

Tout d'abord, nous pouvons considérer que l'équipe est avant tout un groupe qui résulte d'une intégration intime, d'une certaine fusion des individualités dans un tout commun³². La définition de groupe selon Le Nouveau Petit Robert est « *un ensemble de personnes ayant des caractères en commun indépendamment de leur présence au même endroit* »³³ et renvoie aux notions de la communauté et de la société : un être-ensemble dans un milieu donné. En effet, le groupe est à la fois le créateur de normes, car pour en faire partie, il faut en accepter les règles, et le créateur de relations puisque dans tout groupe il est nécessaire d'avoir des interactions. Les analyses de E. Durkheim³⁴, font apparaître une conception de la vie du groupe mettant l'accent sur la création collective d'un univers de règles et de valeurs. Son hypothèse d'une conscience collective prouve une cohésion et la solidarité des individus où le groupe avait ses propres perceptions et sentiments. Cependant, cette hypothèse est de moindre intensité dans les sociétés modernes car l'intégration d'une nouvelle personne peut modifier les relations d'interdépendance et conduire à une forme de rejet social et de discrimination. L'autre peut être perçu comme une menace rendant la complémentarité difficile et pour permettre à un individu d'appartenir et d'exister dans un groupe, il doit en accepter les règles, les normes et les valeurs sociales. C'est pourquoi ces facteurs sont en corrélation et permettent de développer son identité sociale.

Dans un groupe, les mêmes individus ont des comportements différents et leurs réactions peuvent varier selon l'environnement. Une équipe de soins constitue un groupe restreint qui est déterminé par son nombre, entre six et treize personnes, et les interactions entre les individus sont nombreuses et directes, chacun a une perception spécifiée de l'autre. Selon P. C. Abrami, cité par M. Formarier³⁵ « *une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence*

³² Mucchielli R., op. cit, p. 24.

³³ Le Nouveau Petit Robert, 1994, p.1054.

³⁴ Durkheim E., cité par Müller H-P., « Société, morale et individualisme. La théorie morale d'E. Durkheim », in Revue franco-allemande de sciences humaines et sociales, 2013, p. 8.

³⁵ Abrami P. C., cité par Formarier M., « Equipe, travail en équipe », in Les concepts en sciences infirmières, 2012, p.180.

des efforts des membres de l'équipe ». En effet, les membres ont en commun des émotions ou des sentiments collectifs et le même but à atteindre et chaque individu est une ressource pour les autres et la convergence d'investissement de chacun doit être soutenue par une collaboration efficace. Pour appartenir à une équipe, il est nécessaire d'accepter ses valeurs, ses codes, ses rites afin de collaborer à l'émergence de l'esprit d'équipe. L'effet de linéarité, le plaisir de fonctionner en équipe, le sentiment d'appartenance permettent d'obtenir plus d'un groupe que d'une somme d'individus juxtaposés. Les processus d'interaction et les dynamiques de groupe influencent fortement la conception qu'un individu a de lui-même au travers de l'identité sociale qu'induit son appartenance au groupe. L'esprit d'équipe qui permet l'identification au groupe, la cohésion d'équipe et la coopération qui est déterminante dans l'efficacité du travail sont trois facteurs qui contribuent à une dynamique de groupe vertueuse. Une équipe qui fonctionne et où existe la solidarité est plus performante et plus efficace, ce qui impacte positivement et immédiatement la qualité des soins et la sécurité des patients.

Toutefois, le travail d'équipe peut représenter des enjeux divergents selon qu'il est perçu par l'institution ou le collectif de travail. Pour l'institution, les enjeux sont la performance, l'efficacité et concernent tout ce qui relève de la qualité des soins et de l'aspect financier. L'efficacité est souvent associée au développement des problèmes de financement des soins qui tentent de concilier des aspects quantitatifs et qualitatifs mais pour qu'elle soit présente, il faut de l'autonomie professionnelle, une saine collaboration et un ratio de personnel adéquat. Les principaux enjeux pour le travail collectif sont la réalisation de soins de qualité et la capacité de travailler ensemble efficacement. Afin d'accomplir les activités de soins dans les meilleures conditions, deux notions sont à souligner : l'intelligence collective et la mobilisation. Face à un environnement de plus en plus complexe et exigeant, l'intelligence collective devient un outil de compréhension qui permet d'avoir une vision partagée, une élaboration commune, une cohésion pour réaliser les activités de soins. La mobilisation quant à elle est la volonté de faire, un engagement qui nécessite une coopération entre les différents professionnels et qui se construit dans les interactions entre les personnes. À l'inverse, la démobilisation de l'équipe peut entraîner des conséquences dans le comportement contre-productif, dans la baisse d'implication dans le travail des soignants et pour finir dans le dysfonctionnement, les erreurs et ceci grève la qualité des soins.

3. La qualité des soins

Pour répondre aux attentes de la société, les hôpitaux ont dû se confronter aux différentes normes et mettre en place une démarche de qualité. En Belgique, le SPF Santé Publique³⁶ contribue à la qualité des soins et la sécurité des patients par le contrat sécurité-qualité. En 2008, le premier plan pluriannuel adopté a permis de soutenir les établissements de soins dans leur démarche de qualité et de sécurité, il repose sur trois piliers que sont structure, processus et résultat. En 2013, un plan plus approfondi porte l'attention sur le système de gestion, la sécurité des patients, la communication, l'empowerment du patient et sa famille ou le leadership et les hôpitaux qui souscrivent à ce plan doivent atteindre des objectifs moyennant aide financière. Les hôpitaux belges sont concernés par les normes ISO 9000 qui garantissent des produits et des services fiables et d'excellente qualité, sont utiles pour diminuer les coûts en permettant un accroissement de la productivité et regroupent les différentes facettes du management de la qualité, assurent les actions nécessaires afin que les services correspondent aux attentes des patients et permettent l'augmentation continue de la qualité.

La qualité des soins est un concept multidimensionnel et les définitions sont nombreuses. Selon l'OMS³⁷, la qualité des soins est « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Selon cette définition, les soins sont donc de qualité lorsqu'ils sont sécuritaires, efficaces, efficients, centrés sur le patient, équitables et donnés dans un temps opportun. La dimension des soins centrés sur le patient en est encore à ses débuts et fait l'objet de nombreuses recherches, elle porte sur la reconnaissance des besoins du soigné, sur la qualité de la communication avec le professionnel de soins et sur l'implication des patients et de leurs proches. En d'autres termes, la démarche de qualité apparaît comme un levier essentiel pour favoriser une adaptation collective à l'ensemble des situations de soins et dépend de la cohésion du groupe, de la qualité de la communication, du respect mutuel ou de la capacité à intégrer les nouveaux membres dans une continuité de fonctionnement. La définition la plus largement employée et acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis³⁸ qui précise que

³⁶ Contrat « Coordination qualité et sécurité des patients », Note d'accompagnement Plan pluriannuel 2013-2017 du SPF Santé Publique, janvier 2013, pp. 3-6

³⁷ « La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale », mémoire, Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, 2015, p.7.

³⁸ Or Z., Com-Ruelle L., « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? », Document de travail, n° 19, IRDES 2008, p.3.

la qualité est « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* ». Le terme de service de santé s'applique à toutes les institutions de soins et aux acteurs de soins que sont les médecins, infirmiers ou paramédicaux. Les termes individu et populations peuvent avoir deux perspectives soit d'améliorer la qualité des soins fournis par les professionnels de santé, soit de porter l'attention sur la qualité du soin à travers le système entier. Les soins de qualité augmentent la probabilité de résultats souhaités mais il arrive parfois cela ne se produise pas. Se concentrer sur les résultats demande aux soignants de fournir des soins pertinents par les compétences techniques en tenant compte des préférences et des valeurs de leurs patients. Pour aider à harmoniser les démarches d'amélioration de la qualité de l'activité infirmière, le Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière a mis en place l'Evidence Based Nursing qui est une pratique fondée sur les preuves, les faits et sur les données probantes et qui permet de favoriser les pratiques communes. Un grand nombre de facteurs exercent une influence sur la qualité des soins infirmiers ou contribuent à leur qualité comme un nombre suffisant de personnel qualifié, la motivation du personnel, la santé au travail ou la diversité des compétences.

Afin d'évaluer la qualité des soins, le personnel soignant a adopté le modèle de A. Donabedian³⁹ qui a énoncé les bases conceptuelles selon trois niveaux d'analyses : les ressources, les processus et les résultats de soins. Tout d'abord, les ressources peuvent déterminer la dotation, la qualification, les compétences des infirmiers ou la répartition du temps de travail. Les différents critères d'évaluation de la qualité des soins sont présentés dans le cadre de l'agrément ou de l'accréditation des hôpitaux. Ensuite, la qualité des soins apparaît comme une modalité de l'évolution des ressources humaines et dépend de l'efficacité de la technologie au service des patients. Selon l'auteur, cette dernière représente le processus qui comprend l'ensemble des activités infirmières jugées indispensables pour couvrir les besoins des patients. Les soins directs font partie de cette technologie que nous pouvons retrouver sur différents niveaux : l'identification des besoins du patient, la planification, la réalisation et l'évaluation des soins. Finalement, les résultats concernent les modifications apportées par les soins à l'état de santé du patient, évalués par le changement de son état ou sa satisfaction permettant la diminution des événements indésirables.

4. Les événements indésirables

Tous les établissements de soins portent une attention particulière aux risques liés aux soins centrés surtout sur la détection des événements indésirables graves. Nous pouvons définir un événement

³⁹ Donabedian A., cité par Hubinon M., *Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Paris, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 1998, pp. 125-128.

indésirable comme un incident qui peut devenir une source de dommages aux personnes. Un EIAS répond à plusieurs critères tels que : un événement défavorable survenant chez le patient, associé aux actes de soins d'accompagnement, qui a ou aurait pu entraîner des conséquences pour le patient, qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes en soins et qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient. Les enquêtes françaises ENEIS⁴⁰ de 2004 et 2009 montrent que les EIAS sont fréquents, à raison de 6,2% pour 1000 journées d'hospitalisation et qu'un sur trois était évitable. Cette fréquence élevée est liée à la nature de plus en plus complexe de l'activité de soins, à l'utilisation croissante de technologies de pointe, à la multiplication de tâches qui sortent du cadre infirmier, aux contraintes de ressources ou à l'adaptation à la singularité des patients. En 2012, la HAS propose une amélioration des pratiques et de la sécurité des soins et insiste sur les facteurs et le caractère fréquent des EIAS.

4.1. Les facteurs contributifs aux EIAS

Selon le guide de la HAS⁴¹, l'erreur humaine n'est pas la seule cause d'apparition d'EIAS : les multiples intervenants autour du patient et la complexité de certains cas contribuent à leur survenue. Il est important de comprendre les dysfonctionnements afin d'identifier toutes les causes qui conduisent à un EI et nous pouvons en distinguer de deux sortes : immédiate et profonde. La cause immédiate est souvent une erreur commise par un soignant lors de la prise en charge directe du patient et son analyse aide à identifier le point de départ. La cause profonde est liée à des facteurs organisationnels ou techniques qui peuvent être déterminés grâce à une analyse approfondie et en rapport avec les causes immédiates identifiées. L'entretien avec le patient est un point clé de la recherche des causes car il peut mettre en évidence une cause profonde. Pour déterminer ces causes, le modèle d'analyse conceptualisé de J. Reason⁴² est progressivement utilisé comme l'une des principales références lors de la survenue d'EI.

Ultérieurement à l'événement immédiat, ce modèle aide à comprendre pourquoi celui-ci survient. Plus précisément, il considère que les facteurs de risque se combinent, créant un cheminement possible vers l'accident, au travers des barrières du système et chaque trou correspond à une défaillance. L'accident survient lorsque plusieurs erreurs ou facteurs sont alignés. C'est pourquoi, ce modèle du fromage suisse démontre que l'erreur humaine doit être considérée comme une conséquence et non comme une cause de l'incident. Appliquée aux soins, cette méthode d'analyse permet de minimiser l'importance des défaillances individuelles, dès lors qu'elle met en lumière les

⁴⁰ Moll M.C., Bart S., « Les événements indésirables associés aux soins, ce qu'il faut connaître », in Progrès en urologie, 2020, p. 127.

⁴¹ Recommander les bonnes pratiques. L'analyse des événements indésirables associés aux soins. Mode d'emploi, HAS, FORAP, 2021, pp.13-16.

⁴² Reason J., in L'erreur est humaine, Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, p. 3.

causes liées à l'organisation des soins. Il est impératif de repérer les causes afin de mettre en place des mesures barrières et de cibler les actions à entreprendre par le management. Les deux principaux facteurs qui conduisent à un EI sont les erreurs latentes ou patentes. Les facteurs latents sont souvent en sommeil dans l'attente de facteurs contributifs et sont en lien avec un défaut d'organisation, de communication et de management. Les facteurs patents correspondent aux erreurs immédiates des soignants de première ligne.

Pour éviter la survenue d'un EIAS, de le rattraper quand il survient ou d'atténuer la gravité de ses conséquences, il est important d'identifier les barrières de sécurité et d'analyser celles ayant fonctionné et n'ayant pas fonctionné. On distingue trois types de barrières pouvant intervenir dans la chronologie : celle de prévention de la survenue de l'événement, celle de récupération qui permet d'annuler les conséquences d'un événement initial déjà constitué et celle d'atténuation qui permet de réduire les conséquences de l'EIAS. Aucun système ne peut être sûr sans la présence de ces trois types de barrières qui sont souvent comparées à des tranches de gruyère avec des trous qui symbolisent les failles dans chaque niveau de défense⁴³. Pour qu'un accident surgisse, il faut que les faiblesses dans les barrières de sécurité soient en perspective à chaque niveau de sécurité et ceci explique que souvent, plusieurs incidents se combinent pour provoquer la survenue d'un EIAS. L'amélioration des risques liés aux soins nécessite une identification de différents facteurs de causes que nous pouvons classer en sept facteurs de risques⁴⁴ : facteurs liés à l'équipe, tâches à accomplir, patient, soignant, institution, organisation et environnement. Nous allons développer ceux en lien avec notre problématique.

4.1.1. Les facteurs liés à l'équipe

L'équipe est un élément clé de la sécurité du patient car une équipe qui fonctionne de façon cohérente est plus efficace et commet moins d'erreurs qu'une personne isolée. Tout d'abord, dans le facteur lié à l'équipe, un nombre considérable d'erreurs dans les structures de soins peut être attribué à la communication. Elle favorise les connaissances et la poursuite d'objectifs communs et constitue la base d'une relation de soins en vue d'optimiser la prise en charge du soigné. Dans une équipe homogène, il arrive d'observer une communication défailante et selon nous ce facteur peut s'aggraver dans une équipe interculturelle. La communication entre les soignants, mais également entre les soignants et le patient ou sa famille est importante dans une optique de soins de qualité et la barrière linguistique peut devenir un des facteurs qui engage la sécurité du patient. La directive

⁴³ Annexe 4.

⁴⁴ Annexe 5.

2005/36 CE amendement 17⁴⁵ prévoit que les professionnels doivent disposer des compétences linguistiques nécessaires pour pouvoir communiquer tant oralement qu'à l'écrit dans le cadre de leur activité professionnelle dans l'intérêt de la sécurité des patients, mais dans la pratique cette règle est parfois détournée et nombre d'hôpitaux ne tiennent pas compte de la langue du soignant contraints par la pénurie existante. Le partage des informations peut relever d'un enjeu économique car des informations incomplètes ou erronées peuvent ralentir voire fausser la prise de décisions pour soigner, mais aussi ne pas tenir compte de certains besoins et aspects du soigné. La communication efficace entre membres de l'équipe permet d'avoir un milieu de travail sain et sans danger pour le personnel et le patient. Les retards de communication, le manque de communication et les malentendus entre membres de l'équipe ont été des causes évitables de préjudice pour le patient.

Selon la Joint Commission⁴⁶, les défaillances de communication sont la principale cause profonde de plus de 70 % des événements sentinelles survenus de 1995 à 2003. Premièrement, la communication peut être un obstacle à la bonne tenue du dossier infirmier, l'anamnèse ou les antécédents du patient pris en charge par un membre d'équipe qui ne maîtrise pas la langue peuvent être incomplets ou inexacts. Ensuite, cette barrière linguistique peut impacter le travail interdisciplinaire préconisé dans les soins holistiques, parce que l'incompréhension dans les échanges entre différents intervenants est problématique et peut provoquer des erreurs par défaut de recueil de transmission, de traçabilité des informations ou des soins effectués. Enfin, les difficultés de communication sont également visibles dans la relation entre le soignant, les soignés et leur famille. Pour le soigné, une communication efficace crée la confiance nécessaire à son bien-être et à la compréhension de ce qui l'affecte. Le patient, l'acteur principal dans une démarche de qualité, appréhende le manque de compréhension face à un soignant étranger dans la satisfaction de ses demandes ou du refus de soins par manque de confiance. Certains patients vont jusqu'à ignorer l'infirmière étrangère attirée pour formuler une demande à une tierce personne, qu'elle soit qualifiée ou non. Nous avons vu que la capacité des soignants à travailler ensemble est décisive et indispensable pour l'organisation du travail, elle est la clé de la qualité et la sécurité des soins. Le travail en équipe permet de construire la capacité collective à réélaborer le contenu de l'activité, indépendamment des normes. Le Programme national pour la sécurité des patients présenté le 14 février 2013 en France, cible particulièrement les EI graves et la notion d'équipe. L'expérience des industries de haute sécurité, comme l'aéronautique, démontre toute l'importance de l'amélioration du travail en équipe qui nécessite des compétences, un management des facteurs humains et que les professionnels de santé n'apprennent pas pendant leurs études. Le

⁴⁵ Lothaire T., « Transposition au niveau fédéral de la Directive européenne 2013/55/UE », Légendes ou réalités ?, Congrès annuel de la FNIB, Namur, 2014, pp.27-28.

⁴⁶ Clergue F., Sotirov N., « Gestion des événements indésirables et sentinelles », in Réanimation, 2003, n°12, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, p.50.

conflit, la mauvaise ambiance ou le manque de collaboration peuvent être des raisons d'une défaillance au niveau de l'équipe et entraîner des erreurs et l'insatisfaction du patient par rapport au soins reçus, c'est pourquoi le travail d'équipe efficace est décisif pour maintenir des soins de qualité. Il peut construire une barrière de sécurité contre les EIAS, et est un moyen de répondre qualitativement aux besoins du patient de manière collaborative et interdisciplinaire.

4.1.2. Les facteurs liés au soignant

La compétence infirmière consiste non seulement à être capable de réaliser une série d'actes techniques mais également à créer les conditions nécessaires pour développer les soins centrés sur le patient. Tout d'abord, accroître les compétences est indispensable pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Les normes relatives à la formation d'infirmière sont harmonisées au niveau européen par les Directives 2013/55/UE du Parlement Européen et du Conseil⁴⁷ qui englobent les huit compétences attendues pour l'euromobilité de l'infirmière :

- la compétence de diagnostiquer, d'organiser et d'administrer les soins
- de collaborer avec d'autres acteurs du secteur de la santé
- de responsabiliser les individus, les familles dans un style de vie sain
- d'engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et d'appliquer des mesures dans les situations de crise
- d'apporter de façon indépendante des conseils, des indications et un soutien aux patients et leurs proches
- d'assurer de façon indépendante la qualité des soins infirmiers et leur évaluation
- d'assurer une communication professionnelle complète et de coopérer avec les autres professionnels
- d'analyser la qualité des soins et d'améliorer sa propre pratique professionnelle.

Sans reconnaissance des qualifications professionnelles il est impossible de vérifier les compétences de chaque nouveau membre de l'équipe. Dans les hôpitaux qui ne possèdent pas les outils pour évaluer les compétences en soins diversifiés, il arrive de comparer les diplômes, quitte à pratiquer le déclassement des compétences. En effet, les soignants étrangers considèrent que leurs qualifications

⁴⁷ Lothaire T., op. cit., p.7

ne sont pas suffisamment reconnues car certains actes délégués aux infirmières diffèrent d'un pays à l'autre : le personnel qualifié pour les effectuer dans son pays d'origine est confronté aux restrictions du pays d'accueil. De plus, les collègues peuvent banaliser le fait que ces personnes ne possèdent pas l'expertise nécessaire pour certains actes et se voient seulement proposés les actes les plus simples. Les compétences non techniques contribuent également à une gestion efficace des tâches à accomplir, du travail d'équipe, de la conscience de la situation et de la communication et à la prise de décision. La différence culturelle liée à la confiance en soi influence la façon avec laquelle les soignants se perçoivent entre eux. Les infirmières sont parfois mal préparées à assumer, ni socialement ni culturellement, les décisions ou la gestion des risques dans l'unité. Un autre facteur lié au soignant est la qualité de vie au travail. En effet, un ressenti de travail mal effectué et une insatisfaction des soignants qui ne peuvent plus faire ce qu'ils considèrent comme important pour eux engendrent souffrance, épuisement, stress et de mauvaises conditions de travail impactent la qualité des soins.

4.1.3. Les facteurs liés aux tâches accomplies

Nous pouvons observer que peu de responsabilités sont parfois confiées aux soignants étrangers en leur attribuant des tâches qui ne correspondent pas toujours à leur niveau d'expérience et cela affecte de façon négative leur confiance en leurs capacités professionnelles. De plus, certains soignants peuvent être gênés de mentionner leur manque de connaissance de certaines procédures quand elles diffèrent de celles qu'ils ont appris, occasionnant des erreurs dans la démarche en soins. Parfois par peur, les soignants ne vont pas signaler la non-utilisation des protocoles ou tout simplement quand ces derniers sont indisponibles dans l'unité.

4.1.4. Les facteurs liés à l'environnement de travail

Le nombre d'actes infirmiers et la charge que représentent les soins en termes de compétence et de temps consacré à ces soins sont en constante augmentation. Le manque de temps, la lourdeur de la traçabilité et les documents médicaux à renseigner pour le suivi médical des malades ne permettent pas de s'occuper pleinement des patients. Pour les soignants étrangers rencontrant des difficultés pour communiquer le fardeau devient encore plus lourd. En raison du déficit structurel en personnel, l'infirmier en chef manque de soignants en nombre et en compétences adaptées et quelquefois les soignants qui sont encore doublés, doivent prendre le relais et travailler seul pour maintenir la continuité des soins. Pour terminer, la défaillance de la coordination des soignants comme la répartition des tâches, le manque d'encadrement ou de soutien jouent également un rôle important dans l'apparition des EIAS.

4.2. Le signalement des événements indésirables

Le signalement a pour but l'amélioration de la sécurité du patient et il soulève plusieurs questions : pratiques, psychologiques, déontologiques et juridiques en plus d'initier la mise en place de nouvelles mesures face au risque. Le contrat pluriannuel de qualité et de sécurité des patients oblige les dirigeants des établissements à connaître tous les incidents ou accident qui surviennent. Dans certains pays, comme l'Allemagne, il existe un statut spécial aux signalements et en Italie, la loi de 2017 met les professionnels de santé à l'abri des poursuites si la personne respecte les recommandations nationales. Dans notre pays, ce cadre a été discuté avec des juristes et des responsables, mais se heurte à des principes de droit auxquels il est difficile de déroger. Le contexte légal en Belgique protège le patient au travers de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, et de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Le patient a accès à son dossier médical et à tout registre contenant ses données personnelles identifiables. Ces éléments peuvent servir entre autres à des demandes d'indemnisation ou à des plaintes et des poursuites en justice et cette possibilité peut avoir un effet dissuasif sur le signalement volontaire et spontané. C'est pourquoi, le rôle du cadre de santé est de sensibiliser son équipe à une déclaration des EIAS car leur sous-déclaration s'explique souvent par le manque de connaissances des procédures, l'intérêt non perçu et la crainte des sanctions. Pourtant, leur déclaration permet de mettre en place des mesures assurant la sécurité des soins en fonction du type d'action face au risque : de prévention, de récupération, d'atténuation et d'identifier les mesures qui fonctionnent afin de les renforcer et les valoriser, de celles qui ne fonctionnent pas afin d'augmenter leur pertinence.

5. La gestion des événements indésirables

Les structures de soins exigent de l'infirmier en chef d'être non seulement un gestionnaire efficace mais également de développer un style de management déterminant une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins en identifiant et en réduisant les risques pour la sécurité des patients. Ainsi, le cadre de santé joue un rôle important et pivot dans la déclinaison de la démarche qualité au sein de son institution, il est responsable de la conformité aux règles professionnelles et de la gestion de la qualité et la sécurité des soins et promeut des soins efficaces, sécurisants et basés sur les meilleures pratiques. L'infirmier en chef a la responsabilité d'allouer les ressources nécessaires pour une sécurité des soins et de s'assurer que les soignants soient compétents et possèdent les formations nécessaires. C'est pourquoi, le cadre a pour but d'accompagner le changement, particulièrement des comportements et des pratiques, et de contribuer à l'amélioration de la coopération, de la communication et de la coordination. Le système de management de la sécurité est ciblé sur la prévention des dommages et il existe de multiples méthodes de gestion des EIAS au service du cadre. Son engagement est indispensable et doit précisément et sans ambiguïté expliquer l'intérêt de la

démarche, exprimer la volonté de sa mise en place et permettre un échange favorisant la cohésion de son équipe et son adhérence à cette démarche.

5.1. Les méthodes d'analyse à priori ou proactives

Ces méthodes permettent d'évaluer le risque d'une situation de travail avant l'apparition d'un EIAS. Pour y parvenir, le cadre doit motiver son équipe à créer un groupe de travail qui va cibler et donner la priorité aux causes à étudier. L'équipe est composée de soignants qui collaborent, s'entraident et se coordonnent pour atteindre des objectifs partagés, centrés sur la prise en charge du patient, et dont ils se sentent collectivement responsables. Les méthodes d'analyse utilisées sont l'APR, l'AMDE ou l'AMDEC⁴⁸ qui est la plus utilisée et qui permet de détecter les risques et leurs effets afin de mettre en place des actions préventives qui portent sur l'intégration de barrières dans le processus de soins ou sa réorganisation.

La démarche de gestion proactive des risques se construit en quatre phases⁴⁹ :

➤ identifier les défaillances potentielles qui sont à l'origine de perturbations, les hiérarchiser et traiter les plus importantes de manière préventive ; le cadre peut utiliser l'outil du brainstorming, QOOQCP, AMDEC, le diagramme causes-effets⁵⁰

➤ hiérarchiser permet l'analyse détaillée et la quantification des risques, l'objectif

étant de mesurer leurs dysfonctionnements à l'aide d'une matrice à trois critères ; le cadre va définir une échelle de mesure et attribuer un score d'acceptabilité

$$\text{criticité} = \text{gravité} \times \text{fréquence} \times \text{détection}$$

➤ prévenir en mettant en place les actions de différents ordres : techniques, humaines, organisationnelles ; il existe deux types de stratégies de réduction des risques : réduire leur gravité, réduire leur fréquence, idéalement selon nous : les deux

➤ suivre et faire un bilan des actions mises en place et leur impact sur la réduction des risques, la mise en place d'indicateurs apparaît indispensable pour assurer un suivi régulier de l'efficacité des actions prises et permet à chacun d'avoir une vision et une perception des objectifs ; le cadre peut utiliser la roue de Deming⁵¹ qui est la méthode d'amélioration continue pour une mise à jour du plan d'actions. La connaissance des risques reconnue par la pratique des soignants permet à l'équipe, en

⁴⁸ Annexe 6.

⁴⁹ Duray C., Braeckman G., Gestion des risques, Groupe Jolimont, p.9.

⁵⁰ Annexe 7.

⁵¹ Annexe 8.

analysant les processus de prise en charge des patients, d'identifier *à priori* les risques potentiels ou les situations à risque. Cette démarche permet de décrire et de partager une représentation commune des prises en charge et des mesures de sécurité déjà existantes et une meilleure compréhension des processus de soins ainsi que des barrières déjà établies.

5.2. Les méthodes d'analyse à postériori

En cas de survenue d'un EIAS, cette analyse aidera le cadre à l'identifier, à analyser les causes, à diminuer ou à supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en place des actions évitant que cet accident ne se reproduise. Cette démarche permet une prise de conscience des défaillances existantes dans une unité, sensibilise les soignants aux signalements des EI et s'inscrit dans une démarche dite de retour d'expérience. Les outils les plus utilisés dans le secteur des soins sont la méthode ALARM⁵² et l'arbre des causes⁵³.

5.2.1. La méthode ALARM

C'est un protocole d'enquête et d'analyse structurée selon le modèle Reason qui décrit les sept catégories dont l'objectif est, à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un évènement, de rechercher les facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des barrières. Elle se compose de quatre étapes :

- reconstruction chronologique de l'évènement avec la participation active de tous les intervenants impliqués, idéalement à chaud pour poser les questions, l'utilisation de QQQQCP par le cadre est recommandée. Il doit également rassembler toutes les données en consultant le dossier du patient, s'entretenir avec l'équipe, vérifier les procédures en place et effectuer des recherches sur les recommandations de bonnes pratiques
- identification par investigation des causes immédiates du ou des problèmes rencontrés, des processus défaillants des pratiques ou des problèmes liés aux soins
- recherche des causes latentes, des facteurs favorisants ou contributifs pour chaque problème et analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation, le cadre peut utiliser le diagramme d'Ishikawa ou 5M

⁵² Annexe 9.

⁵³ Annexe 10.

➤ proposition de mesures correctives par la mise en place et le suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le cadre doit définir les indicateurs de suivi et mettre à jour des modes opératoires, cette démarche doit être appuyée par la direction.

5.2.2. *L'arbre des causes*

C'est un outil complémentaire à la méthode ALARM qui vise à favoriser une démarche collective d'analyse structurée sur la recherche, certes des causes apparentes ou immédiates, mais aussi des causes profondes ou causes racines. Il peut être utilisé dans un second temps, au terme d'une analyse effectuée avec la méthode ALARM. Cette méthode d'analyse approfondie des causes d'une défaillance est basée sur la recherche systématique des relations causes-effets. Les résultats sont présentés sous forme d'une arborescence effectuée à partir de l'événement indésirable, favorisant une compréhension visuelle des causes et des conséquences puis des barrières de sécurité absentes ou non respectées.

➤ le compte-rendu des faits doit être décrit de façon objective et précise par le cadre en interrogeant collectivement toutes les personnes concernées par l'événement et il va identifier des causes apparentes et rechercher en priorité les faits inhabituels appelés variations

➤ la recherche des causes et des actions à réaliser que le cadre peut identifier à l'aide du diagramme d'Ishikawa sur les causes-effets, puis les analyser avec l'ensemble des soignants concernés. Il doit examiner également ce qui a été fait après le constat de l'événement indésirable et identifier et hiérarchiser les actions correctives mises en place et faisant l'objet d'un suivi régulier.

Ces différentes méthodes permettent au cadre d'identifier les erreurs avant l'apparition des EIAS ou de chercher les causes de ceux qui se produisent. Le personnel ciblé pourra acquérir ou perfectionner des connaissances ou des compétences sur les problèmes identifiés lors de l'analyse des risques, se renforcer et améliorer le travail en équipe en ciblant les facteurs de performance non techniques. L'infirmier en chef joue un rôle important dans la mise en place de la politique de qualité, car il en comprend toute la complexité mais aussi les enjeux et l'implication des soignants. Son rôle est donc de contrôler les risques liés aux soins et de promouvoir la culture de sécurité par un dialogue avec les soignants sur leur travail réel et leurs difficultés. Ces derniers ont une capacité d'anticipation, de réajustement continu face aux situations qu'ils rencontrent quotidiennement et qui vont déterminer leurs actions, dans un contexte particulier ou au cours des interactions du moment. Celles-ci dépendent de la personnalité de chacun, de son aptitude à mobiliser ses savoirs, ses savoir-faire, ses attitudes, son état émotionnel du moment, sa culture et son bien-être au travail afin de contrôler le risque qui apparaît. Le cadre doit veiller que la mise en commun des savoirs, des expériences et des

échanges de chaque soignant permette de progresser dans cette culture en respectant les normes, les valeurs, les croyances, les attitudes et les représentations partagées par tous. L'origine de dysfonctionnements provient fréquemment de défauts de communication et d'articulation dans le travail en équipe.

En 2013, à la suite du nombre élevé d'EIAS, la HAS a initié le programme d'amélioration continue du travail en équipe nommé Pacte, afin d'aider les professionnels à améliorer leurs pratiques centrées sur le patient dans la perspective stratégique de continuité de la qualité et la sécurité des soins. Pacte repose sur deux points : diminuer la survenue d'EIAS en faisant levier sur le facteur équipe et sécuriser l'organisation de la prise en charge du patient en faisant de l'équipe une barrière de sécurité. Avant tout, cette amélioration de la sécurité passe par la prise en compte du facteur humain et organisationnel, particulièrement par l'action sur le travail en équipe et ses compétences non techniques, l'organisation des soins et la culture de sécurité. Les défaillances humaines s'expliquent par une communication et une coordination déficientes lors des différentes étapes de l'apparition d'un EIAS. Les pathologies chroniques, le vieillissement de la population ainsi qu'une pénurie et un mal-être des soignants augmentent la complexité de la prise en charge des patients. C'est pour cette raison que l'organisation du travail doit redéfinir le rôle et les responsabilités de chacun et développer leurs compétences techniques et non techniques. Pacte permet aux équipes d'acquérir des compétences non techniques intégrées à la pratique quotidienne, d'améliorer la communication et la collaboration pluriprofessionnelle, d'identifier et mettre en place les actions d'amélioration, d'identifier les lacunes qui empêchent la création et finalement le développement d'une culture de sécurité.

6. La culture de sécurité

En un peu plus de vingt ans, la notion de culture de sécurité dans le sens de la prise en compte des facteurs organisationnels et humains dans la gestion des risques, a été diffusée dans tous les secteurs industriels à hauts risques y compris les hôpitaux. La sécurité est la capacité de prévenir ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages liés aux soins. C'est une dimension qui met l'accent sur la prévention des EIAS et sur la réduction des défauts de qualité de soins pour les patients. La sécurité des soins est devenue une préoccupation pour les hôpitaux vu l'impact imposant des EI et des accidents qui surviennent lors du processus de prise en charge des patients. Ces problèmes pèsent de plus en plus lourd humainement, socialement et financièrement aussi bien pour l'individu que pour la collectivité et démontrent la priorité à donner à la déclaration des EIAS dans une logique d'amélioration et non dans une démarche de sanctions.

6.1. Le concept de culture de sécurité

Nous pouvons retrouver la notion de culture de sécurité dès les années 1980. Deux graves accidents ont eu lieu en 1986 : l'accident nucléaire à Tchernobyl et l'explosion au décollage de la navette Challenger. Dans les deux cas, l'analyse a montré qu'il s'agissait d'accidents organisationnels. Ils ont permis de mettre en évidence qu'un ensemble de manières de penser et de faire, partagées dans l'organisation étaient incompatibles avec des opérations sûres. La culture organisationnelle ne donnait pas une place suffisante à la sécurité dans l'accommodement fait par les différents acteurs. De ce fait, l'expression « culture de sécurité » a été employée pour la première fois et il a été dès lors établi que son absence peut amener les personnes à transgresser les règles et donc jouer un rôle dans l'apparition d'accidents. Dans la culture de sécurité issue des sciences sociales, la place de l'Homme y est débattue en termes de conduite et pas seulement en termes de comportement. L'analyse est plutôt orientée vers les communications, le climat social, la culture, l'idéologie et les valeurs au travail.

Le terme de culture de sécurité est utilisé pour désigner une composante de la culture organisationnelle qui concerne les questions de sécurité. Selon E. Schein⁵⁴, la culture d'une organisation présente les caractéristiques suivantes : elle correspond à des valeurs, normes, rituels, traditions, comportements qui sont partagés par tous les membres d'une équipe, elle influence toutes les activités du groupe et elle implique une cohérence dans les éléments qui la constituent. Les manières de faire et de penser de chaque personne sont ainsi influencées mutuellement par les manières de faire et de penser partagées au sein de l'organisation et des collectifs auxquels elle appartient. Symboliquement, la culture organisationnelle veut se créer un terrain fédérateur qui permet à chacun de s'identifier au système de référence et de valeurs internes pour favoriser l'intégration des nouveaux membres. Toujours selon l'auteur, elle est à la fois un cadre de référence réglementaire et normatif, et à la fois un système de valeurs et de représentations partagés par tous. C'est pourquoi la collectivité et la construction sociale permettent un fonctionnement homogène de tous les individus dans des domaines tels que la transmission d'informations, d'apprentissages, l'interaction sociale ou l'organisation du travail. La culture de sécurité reflète l'influence que la culture organisationnelle exerce sur la manière de faire et de penser partagée par tous les acteurs d'une organisation, afin de maîtriser les risques liés aux activités par le développement des comportements et des pratiques de sécurité. Elle se construit dans un contexte où le travail d'équipe est valorisé, repose sur un apprentissage collectif et fait l'objet de deux approches : organisationnelle et anthropologique.

⁵⁴ Schein E., cité par Autissier D., et al., *Conduite du changement : concepts clés*, Malakoff, Dunod, 2018, p.305.

La première présente la culture de sécurité comme une variable organisationnelle que chaque entreprise peut créer et mettre en place et la considère comme un ensemble d'attributs et de propriétés humaines et organisationnelles. Elle se définit par l'engagement de tout le personnel pour la sécurité qui est perçue collectivement comme la priorité de l'organisation. L'analyse porte sur le mode de fonctionnement des organisations et non sur ses caractéristiques culturelles, et est souvent critiquée par son déni des dimensions humaines et sociales de l'Homme au travail. Les représentations, les croyances, les stéréotypes, les préjugés ou les valeurs et attitudes à propos de la sécurité difficilement observables sont écartés de l'analyse. Or, ces éléments donnent du sens à agir en sécurité, aux pratiques, aux manières de faire qui permettent d'expliquer les manques apparents et d'améliorer la sécurité.

L'approche anthropologique est perçue comme outil d'analyse de l'ensembles des pratiques, croyances, des manières de faire et de penser, des représentations partagées par les personnes et qui sont supposées être liées à la sécurité. La culture y est analysée comme un objet en soi et cette analyse permet de comprendre le fonctionnement du collectif et de l'organisation.

6.2. La culture de sécurité dans les soins

Transposée dans le domaine de la santé, l'apparition de la notion de culture de sécurité fait suite à plusieurs enquêtes épidémiologiques sur la répétition et les causes de survenues d'EI qui sont le résultat de plusieurs défaillances. C'est la façon de faire et de penser des soignants qui participent à la sécurité du patient, qui sont partagés au niveau de l'organisation et est une condition primordiale pour améliorer et sécuriser la prise en charge des patients. C'est également un élément indispensable de toutes les actions d'amélioration de la qualité de soins et constitue une barrière de sécurité contre les EIAS.

Il en existe de nombreuses définitions et nous avons repris celle proposée par European Society for Quality in Health Care cité par la HAS⁵⁵ : « la culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ». Autrement dit, elle est le reflet d'une adhésion des procédures et des pratiques et d'une intégration de la préoccupation pour la sécurité des soins à différents niveaux d'une organisation. La développer permet à l'équipe de collaborer à la vigilance en partageant les valeurs, les compétences et de valoriser la sécurité du patient dans le but de changer leur façon d'agir et de ressentir face à un EI. Les perceptions de chacun sont liées au climat de sécurité qui est la manifestation de la culture au travers des attitudes, du ressenti des professionnels, de certaines

⁵⁵ Occelli P., La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique, HAS, décembre 2010, p.5.

pratiques et des comportements. Les manières de faire et de penser d'un individu sont influencées par les manières de faire et de penser de l'organisation, des collègues et du cadre. En revanche, les attitudes et les croyances en relation avec la sécurité sont liées à la culture et l'existence d'un climat de sécurité implique que ces perceptions soient partagées. La mesure du climat de sécurité permet de percevoir si les procédures, les politiques et les pratiques en matière de sécurité de soins encouragent et récompensent les soins sûrs, et dans quelle mesure il y a une cohérence entre elles. La liberté d'expression, une réponse non punitive à l'erreur, l'organisation apprenante, l'amélioration continue et les attentes et actions du cadre concernant la sécurité des soins permettent de développer chez les soignants une perception globale de la sécurité. La réaction non punitive de l'infirmier en chef quant au signalement d'une situation dangereuse influencera les perceptions des soignants sur la place donnée à la sécurité, et leurs futurs comportements de signalement. Selon J. Reason⁵⁶ il y a quatre composantes constituant la culture de sécurité :

- le reporting, les soignants et l'organisation sont convaincus de l'intérêt du signalement d'un EIAS, les professionnels n'hésitent pas à parler au sein de leur équipe des EIAS ou des situations de risque rencontrées
- le retour d'expériences, les soignants et l'organisation sont convaincus que l'analyse approfondie des EIAS permet de tirer des enseignements partagés pour améliorer la sécurité
- la culture juste, le management est équitable et ne tire pas des conclusions trop rapidement sur les EIAS survenus, ce qui permet de développer un climat de confiance entre l'équipe et le cadre et de partager les informations pertinentes sur la sécurité des patients
- l'amélioration du travail en équipe pour s'adapter au changement, les soignants reconnaissent l'impact de la qualité du travail en équipe en vue d'améliorer la sécurité des soins où l'entraide et les échanges sont favorisés.

Le développement de ces quatre composantes permet d'évoluer vers une organisation sûre et apprenante où les soignants sont conscients de l'importance de leur rôle à jouer qui consiste à alerter, comprendre, agir et partager leurs informations sur la sécurité du patient. Le cadre de santé est moteur du développement de cette culture par son soutien, son écoute et sa présence sur le terrain qui aident à améliorer la sécurité des soins et la promotion d'une culture positive où les erreurs sont perçues comme des failles dans le système et non comme un blâme sur les individus. Dans les établissements de santé, l'évaluation de la culture de sécurité se fait par le biais de la méthode quantitative basée sur

⁵⁶ Reason J., cité dans Enquêtes sur la culture de sécurité. Comprendre et agir, Sécurité du patient. Gérer les risques, HAS, 2019, p.7

des questionnaires remis aux soignants permettant d'évaluer leurs perceptions et attitudes et d'élaborer des interventions visant à améliorer cette dernière, et donc la sécurité des soins. Le questionnaire le plus utilisé est l'adaptation du Hospital Survey on Patient Safety Culture⁵⁷. C'est un instrument de mesure validé et développé par l'AHRQ, une agence américaine, basé sur dix dimensions et exploré à travers 40 items. Cette enquête doit être considérée comme un outil de diagnostic et de pilotage du changement. L'infirmier en chef peut mettre en place dans son unité une équipe-projet qui va analyser les résultats et prendre en compte les points forts et ceux à améliorer afin de fixer, avec toute l'équipe, un objectif et des actions d'amélioration. Les conduites du changement de la culture de sécurité ne peuvent pas être imposées par les règles et les normes, mais plutôt adaptées par la mise en œuvre de nouvelles postures et de comportements en termes de sécurité de manière durable et visible.

Conclusion

Les structures de soins exigent de la part des soignants des prestations pertinentes en prenant en compte les besoins des patients. Les différents aspects d'amélioration de la sécurité comprennent la performance, l'environnement et la gestion des risques réels et potentiels. Dans une équipe interculturelle, la diversité linguistique, couplée au manque d'intégration de certains soignants étrangers dans un contexte organisationnel souvent tendu, peut fragiliser l'esprit d'équipe et menacer de dysfonctionnements l'unité de soins. Pour des soins de qualité, il est indispensable qu'aux connaissances techniques s'ajoutent l'aptitude à communiquer et surtout à travailler en équipe et à établir des relations de partenariat avec le patient. Afin de réduire au minimum les risques d'EIAS qui portent préjudice aux patients, il est important de développer la culture de sécurité au sein de l'établissement et d'accélérer l'abandon d'une culture de sanctions et de reproches. La dimension de la culture de sécurité va dépendre d'une volonté et d'un engagement du cadre et des soignants qui doivent partager leurs valeurs, croyances et acquérir des compétences techniques et non techniques. L'esprit ouvert des collaborateurs ainsi que l'approche positive de l'erreur doivent être perçus par les soignants comme une opportunité d'amélioration et non comme des fautes à sanctionner. Si l'organisation ne tire pas profit de ces erreurs mais au contraire les sanctionne, nous allons arriver à un camouflage et in fine un risque accru pour la sécurité du patient. Les soignants ont besoin d'être soutenus par le cadre face à ces contraintes spécifiques et surtout d'être reconnus. Le management favorable aux relations entre les soignants, à leur coordination, au respect de chacun dans la prise de décision collective et la gestion du conflit permet au cadre de bâtir avec son équipe une culture de sécurité durable. Cette démarche aidera les soignants à se faire une perception globale de la sécurité du patient par la mise en commun des échanges et des expériences et les incitera à déclarer les EI. La

⁵⁷ Annexe 11.

réduction des accidents contribue à l'amélioration de la qualité des soins et le résultat des stratégies axées sur l'amélioration de la qualité dépendra de la façon dont le cadre de santé va promouvoir des soins efficaces, sécuritaires, compatissants et basés sur les meilleures pratiques dans une équipe interculturelle.

IV. Le cadre de santé

Introduction

Pour donner suite aux exigences sociétales, le management hospitalier a été amené à se transformer ces dernières années et le cadre de santé est passé d'une fonction de surveillance à une fonction de manager d'équipe de soins. L'intégration des facteurs humains et organisationnels dans le management peut améliorer la qualité de prise en charge des patients, leur sécurité et la performance globale de la qualité de soins. La qualité de vie au travail, la sécurité et la qualité de soins sont liées et influencent l'apparition des EIAS. L'interculturalité peut menacer l'organisation, d'autant que la non-compréhension de différents actes ou la non-maîtrise de la langue française semblent déjà constituer une difficulté en soi et peuvent devenir rapidement un enjeu qui s'impose au management d'une équipe, mais une fois reconnue et surtout acceptée, elle permet d'améliorer la qualité des soins. Une équipe interculturelle a encore plus besoin d'être accompagnée et guidée au quotidien dans son travail, ses décisions ou ses raisonnements afin de détecter les éventuels conflits ou les incidents. En effet, le cadre est le garant de la qualité et de la sécurité des soins de son unité par son implication dans l'organisation des activités et en agissant sur les facteurs pouvant jouer un rôle dans l'apparition des EIAS.

1. Etymologie

Etymologiquement, le mot cadre vient de l'italien « quadro » et du latin « quadrus » qui signifient « carré » et fait référence à la notion d'encadrement. Dans les hôpitaux, l'ancêtre des cadres de santé apparaît à la fin du XIX^e siècle avec l'émergence d'un personnel soignant laïcisé et les surveillantes acquièrent une existence officielle par voie de décret en 1943 et une formation diplômante en 1958. La création de la fonction d'infirmière générale en 1975 institue une ligne hiérarchique infirmière qui s'affirme face aux pouvoirs médical et administratif⁵⁸. En France, à partir de 1975, la notion de cadre infirmier apparaît d'un point de vue législatif et institutionnel dans les structures hospitalières, et l'ouverture d'écoles de cadres a contribué à l'émancipation de la profession infirmière. Plusieurs réformes ouvrent les portes à de nouveaux termes, qui font leur apparition dans le milieu hospitalier, tels que management, performance et efficacité qui engendrent le développement de nouvelles compétences. De plus, les normes d'agrément prévoient la présence d'un infirmier en chef à la tête de chaque unité et sa place, ainsi que ses fonctions et ses missions, se situent entre son équipe et la direction. Les rôles et les fonctions d'un infirmier en chef sont repris dans l'Arrêté Royal du 13 juillet

⁵⁸ Divay S., « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation », in *Sciences sociales et santé*, vol. 36, 2018, p. 39.

2006⁵⁹. La conception des missions et rôles du cadre est de gérer, organiser, communiquer, former et contrôler afin d'atteindre les objectifs en phase avec la vision et les attentes de l'organisation et de l'équipe. Dans son unité, il est responsable de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers réalisés et de la gestion des membres de son équipe en vue de créer une ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective. Sa fonction décrit la responsabilité au sein de l'équipe et le devoir de prendre soin. En revanche, son rôle décrit sa situation par rapport aux subordonnés qu'il encadre et qu'il forme afin de maintenir la continuité qualitative des soins.

2. Le cadre de santé comme manager

Le cadre de santé est-il un manager comme les autres ? Nous pensons que oui, s'il tient compte de l'architecture managériale centrée sur le fonctionnement et l'organisation. L'hôpital est devenu une organisation industrielle et le monde du management s'est généralisé dans les structures de soins. Le cadre de santé partage les conditions d'exercice de sa hiérarchie au premier niveau et est confronté d'une part aux nouvelles formes de rationalisation au sein de l'hôpital, d'autre part à une équipe soignante qui devient une équipe de production de soins et en définitive aux patients qui deviennent des utilisateurs de ces services. Néanmoins, nous ne pouvons ignorer la nature particulière de l'hôpital qui ne peut fonctionner sans intégrer les sciences humaines et sans prendre en compte l'aspect bio-psychosocial des malades mais également des soignants. Toutefois, le cadre de santé est au centre de la démarche de qualité, il participe à la gestion et maîtrise du risque à travers des vigilances dont il assure la traçabilité via ses rôles et ses missions. En effet, il détient le rôle de gestionnaire de son unité qui consiste à planifier, à organiser, à diriger et à contrôler les ressources humaines et matérielles afin d'atteindre avec le plus d'efficacité les objectifs de l'organisation pour la rendre performante. Il met au service de son équipe une organisation assurant la qualité des soins des patients, il détecte les réajustements à faire et participe à la démarche d'amélioration de la qualité. Pour agir sur les facteurs d'efficacité déterminants dans le travail quotidien des soignants, il doit agir sur la qualité des soins en réduisant les risques d'accidents, en reconnaissant le travail et le savoir professionnels, parfois différents de chacun, et respecter la dimension du bien-être au travail. En même temps, il organise l'activité de son unité, promouvant la coopération et l'esprit d'équipe. Pourtant manager n'est pas uniquement coordonner les activités d'une unité de soin, c'est surtout la capacité à gérer les contradictions existantes entre les valeurs humaines du soin et la performance économique de l'hôpital dont les cadres sont porteurs. Derrière cette organisation, il y a l'activité de l'équipe où se mélangent le rationnel, le prévisible et parfois l'imprévu. Pour nous, son positionnement, ses choix

⁵⁹ Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef, 13 juillet 2006.

et ses décisions vont dans la recherche continue de prestations de qualité et la satisfaction de la part du patient.

Par ailleurs, il lui incombe également la responsabilité de fournir les ressources nécessaires pour une sécurité des soins en attribuant les patients selon les compétences et les qualifications de chaque soignant, en étant également une personne de référence qui, par sa compétence, est capable de dispenser des soins de qualité et d'apporter des solutions de prévention en cas de prise en charge inadaptée. Au sein d'une équipe interculturelle, l'infirmier en chef doit se positionner en tant que promoteur de la différence afin que chaque membre puisse apporter le meilleur de lui-même, sachant que la culture de chacun peut avoir une incidence sur la façon dont il va prévoir, planifier, décider mais aussi contrôler et coordonner ses activités. Un conflit ou une mauvaise ambiance dans l'équipe, une collaboration insuffisante entre collègues et un défaut de communication sont les sources principales d'une défaillance qui peut mener à un EIAS. Dans un contexte interculturel, la cohésion sera assimilée au sentiment de fierté d'appartenance à l'équipe et va reposer sur la reconnaissance par les membres, du partage des mêmes valeurs, croyances ou attitudes. Ainsi l'équipe, dirigée par le cadre, peut influencer la personne d'une culture différente dans sa conception d'elle-même, dans ses attitudes, ses valeurs et les comportements qu'elle adoptera face aux attentes. Le respect, l'égalité et la tolérance doivent être les valeurs privilégiées dans la dimension éthique de la diversité culturelle. Mais, la cohésion du groupe ne peut être efficiente que si chacun est en mesure de décoder les approches, les attitudes de l'autre et de viser le même objectif qui repose sur la volonté de chacun de collaborer au travail collectif. C'est pourquoi, l'esprit d'observation, la capacité de synthèse, l'intégration de responsabilités et non d'exécution au sein de l'équipe permettent d'améliorer cette cohésion.

Le cadre, en tant que leader, assure la vie de son unité par sa capacité d'écoute active, d'échanges permanents, d'entretien d'un climat relationnel positif et d'assurance de reconnaissance envers l'équipe. Selon nous, dans le milieu des soins, le style de leadership transformationnel est adapté pour le cadre de santé : il y occupe une place importante, encourageant le changement, facilitant l'apprentissage collectif et reconnaissant les efforts. En adoptant ce style, il fait preuve d'optimisme et d'empathie, surtout dans les moments difficiles, en s'adaptant aux besoins de chaque membre du personnel. De plus, il encourage, soutient et influence la performance des soignants par la création d'un climat de travail positif et productif ce qui permet de développer de la confiance au sein de son équipe. Être à l'écoute, être réceptif aux attentes, favoriser l'organisation équitable et valoriser le travail permet au cadre de promouvoir l'esprit d'équipe, de travailler dans un environnement serein, d'améliorer les conditions de travail et de fournir des soins de qualité. D'autre part, le cadre donne l'exemple de normes morales au sein de son unité et favorise un environnement de travail éthique

avec des valeurs, des priorités afin de construire une culture d'entreprise en encourageant les soignants à passer d'une attitude d'intérêt personnel à un état d'esprit dans lequel ils travaillent pour le bien commun.

Par son rôle de médiateur, le cadre doit savoir repérer les points conflictuels, analyser la situation et recommander des solutions en cas d'échec de la prise en charge ou d'insécurité du patient afin d'éviter les incidents et finalement soutenir le soignant. Il est évident que les compétences non techniques comme le travail en équipe, la coopération et la communication sont nécessaires pour la sécurité du patient. La communication se situe au centre du patient et des membres de l'équipe, ce qui permet d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins et elle est également un facteur indispensable pour motiver et fédérer l'équipe aux objectifs communs, car elle permet d'éclairer leurs actions quotidiennes et de renforcer leur sentiment d'appartenance. Pour pouvoir communiquer avec chaque membre de son unité, l'infirmier en chef doit être capable de gérer efficacement les différences culturelles afin de créer une ambiance de travail stimulante mais respectueuse de l'identité de chacun. Il devrait accompagner les échanges interpersonnels entre les soignants car c'est à partir de ceux-ci que les liens se forment. Le partage des connaissances, des compétences et des expériences entre membres liés par un but commun permet d'améliorer la performance et de développer l'intelligence collective. Pour M. Grosjean et M. Lacoste⁶⁰, « *Une meilleure compréhension de la dimension collective et communicationnelle de l'activité hospitalière apportera des éclairages intéressants en matière de fiabilité et de qualité des soins, de conditions de travail, de management, de communication interne, d'implantation de nouvelles technologies et améliorera l'intelligence de ces collectifs de soins* ». Ce sont les échanges conversationnels qui participent à la construction de l'intelligence collective élaborée par le croisement des capacités individuelles et une réflexion partagée, contribuant ainsi au processus de décision par la mobilisation simultanée des connaissances. Selon O. Zara⁶¹, « *L'intelligence collective dans sa dimension opérationnelle est la capacité d'une organisation, d'un collectif à se poser des questions et à chercher des réponses ensemble* ». Cette intelligence collective permet de développer la solidarité de pensée et de valoriser la diversité des connaissances, des compétences et des idées qui se trouvent dans une collectivité, mais aussi à organiser cette diversité en un dialogue créatif et productif et de créer une véritable synergie.

Ensuite, le cadre en tant que formateur doit être attentif aux besoins en formations de son équipe, une ressource importante qui peut être vecteur d'amélioration de la qualité des soins par le développement d'une vision commune et qui donne du sens au travail. Sous l'effet d'une analyse de potentiels risques

⁶⁰ Grosjean M., Lacoste M., cité par Carbonne-Laurens Ch., in Communication et travail collectif des soignantes en situation de métissage à l'hôpital : le cas des cadres de santé, infirmières et aides-soignantes, Thèse en vue de l'obtention du doctorat de l'Université de Toulouse, 2014, p.105

⁶¹ Zara O., Ibidem, p.105.

encourus dans l'unité, l'infirmier en chef doit identifier les compétences à acquérir afin de mettre en place une préparation complémentaire pour les renforcer. Il est donc amené à questionner les pratiques des soignants au quotidien pour les harmoniser et corriger les déviations aux normes demandées par l'institution. Dans un contexte interculturel, son rôle est de fournir les moyens de support requis réduisant les effets divergents des aptitudes techniques, afin d'ajuster le niveau de compétences pour répondre aux exigences professionnelles, même si la pluralité de culture peut apporter l'innovation ou la créativité dans certaines tâches infirmières et de la plus-value dans la qualité des soins.

Incontestablement, la compétence est un des éléments nécessaires à la sécurité et la qualité des soins et il est donc indispensable d'encadrer le personnel issu d'une autre culture dans sa gestion des priorités ou urgences. L'infirmier en chef joue un rôle primordial dans cet encadrement et dans leur intégration en vue de progresser, se réaliser et se responsabiliser afin d'être autonome dans la prise en charge du patient, d'autant plus que le manque de certaines compétences liées aux tâches peut générer de l'insatisfaction de la part de l'équipe ou du patient, et donc devenir une source de dysfonctionnement, voire d'EIAS. Certes, il existe une structure au sein de l'hôpital qui suit les nouveaux engagés, mais le cadre doit dégager du temps nécessaire à l'accompagnement de tous les soignants.

Le chef fédère et mobilise l'équipe pour mettre en œuvre des conditions favorables à l'apprentissage et à l'accompagnement bienveillant de nouveaux collègues car la formation se fait également par la transmission de compétences entre équipiers. C'est pour cette raison que le cadre doit considérer son équipe comme une ressource essentielle, analyser avec elle la qualité de l'encadrement et proposer des pistes d'amélioration en lien avec les difficultés rencontrées par les soignants étrangers. Mal encadrés, épuisés par l'organisation et souvent mis à l'écart par l'équipe et le cadre, ils peuvent se sentir dévalorisés et démotivés, d'autant plus que le milieu du travail est un élément important dans leur processus d'intégration. Le soutien des collègues, leur connaissance sur le terrain et la possibilité de répondre aux questions de chaque patient par la hiérarchie favorisent l'esprit d'équipe et augmentent de fait la sécurité des soins. En effet, un milieu de travail propice à l'entraide et à l'encouragement permet au cadre de réfléchir et de s'interroger sur les problèmes et les situations de soins afin d'y apporter les réponses adéquates. Il est un acteur clé pour initier les projets, mobiliser l'équipe et promouvoir une culture de sécurité au sein de son unité, pour accompagner les soignants dans la modification de leurs pratiques, dans l'actualisation et le partage de leur savoir et savoir-être pour qu'ils deviennent eux-mêmes des vecteurs de la qualité des soins. L'accompagnement des soignants dans l'adaptation de la culture du risque et les modifications de leurs pratiques, dans

l'actualisation et le partage des savoirs, des savoir-faire et des attitudes, est une des missions essentielles du cadre de santé.

Conclusion

Le cadre de santé est à la fois un manager de l'organisation des activités de soins d'une équipe, de la gestion des ressources humaines et il est chargé de la mise en œuvre de la qualité des soins, il est responsable de son équipe mais également des patients. Ces différents rôles permettent d'encadrer la pluralité des cultures qui fait émerger des contingences dans la communication, les interactions au sein de l'équipe et qui peut impacter la qualité des soins, mais qui nous oblige aussi à garder une posture de compréhension et d'interrogation devant toute situation. Le cadre de santé amené à côtoyer des personnes de cultures différentes, devrait encadrer leurs processus d'intégration et d'adaptation au sein de l'équipe afin de construire une cohésion. Cet encadrement a une fonction de lien social, son rôle ne consiste pas seulement à relayer l'information, mais à relier des soignants issus de mondes sociaux de plus en plus différents. Préserver du temps nécessaire pour encadrer les soignants de cultures différentes en étant attentif à leurs besoins en formation en vue d'acquérir les compétences demandées est un défi pour le cadre. C'est pourquoi, il devra privilégier une communication interactive qui permet de développer l'intelligence collective favorisant une valorisation individuelle et collective. Celles-ci facilitent le partage des idées et des informations face aux problèmes ou défis, et permettent d'y remédier. En définitive, promouvoir la cohésion du groupe et la collectivité, plus particulièrement dans un contexte interculturel, optimisent la qualité des soins et donnent la possibilité au cadre de dispenser une culture de sécurité dans son unité.

Conclusion générale et perspectives

À travers ce travail, nous souhaitons nous concentrer sur les différentes notions de la culture au sein des structures de soins. Avec une certaine connaissance en interculturalité, il nous a donc paru évident d'approfondir nos recherches en sciences sociales pour étudier en quoi la diversité culturelle de l'équipe soignante peut exercer une influence sur la qualité des soins. Nous avons trouvé nombre d'articles qui traitent de la pénurie de soignants et de la qualité des soins, mais très peu de littérature scientifique sur l'immigration professionnelle dans ce domaine et de liens entre l'interculturalité et la qualité des soins. Nous avons toutefois pu enrichir nos connaissances en termes de cultures, de cohésion, de management d'équipe, de qualité des soins et de culture de sécurité afin de répondre à notre question de recherche « En tant que cadre de santé comment certifier une qualité des soins dans une équipe interculturelle ? ».

Tout d'abord, la profession d'infirmière est actuellement peu prisée et les difficultés de recrutement du personnel soignant augmentent la perception négative du métier menant à une pénurie de personnel au point, parfois, de compromettre le bon fonctionnement de l'institution. En effet, le débat sur les insuffisances actuelles et futures des soignants en Belgique dure déjà depuis quelque temps, et nous pouvons observer que le recrutement international progresse car la perspective d'aller travailler à l'étranger pour un meilleur salaire et dans de meilleures conditions incite beaucoup de soignants étrangers. C'est pourquoi, la diversité est aujourd'hui une réalité importante des établissements hospitaliers qui emploient de plus en plus un personnel culturellement diversifié, et il est probable que le modèle d'équipe interculturelle devienne la norme à l'avenir. Pour ces nouveaux travailleurs, les principaux problèmes concernent les différences linguistiques et culturelles, les différences de contenu des fonctions, le mal du pays et la reconnaissance des diplômes, même si cette procédure est devenue plus accessible en Belgique étant donné le nombre élevé de demandes déjà effectuées par le passé.

Selon nous, le cadre doit veiller au bon accueil des soignants étrangers dans son unité et à leur pleine intégration professionnelle au sein de l'équipe. Il est donc important pour lui de connaître et comprendre les concepts de différentes cultures en vue de créer et de renforcer la culture de sécurité car négligée, l'interculturalité peut troubler la dynamique organisationnelle, causer accidents et EIAS et in fine diminuer la qualité des soins. La difficulté pour l'équipe sera ensuite d'accepter les différences de dimensions professionnelles, mais aussi les valeurs ou les normes de chacun. Pour nous, l'infirmier en chef, à travers ses différents rôles, devient le garant de l'équité de tous malgré les différences culturelles, il possède même la capacité d'en saisir leur implication sur la dynamique du groupe afin d'éviter des conséquences néfastes, de préserver l'intégrité de son unité et de créer une

stabilité au sein de son organisation en y favorisant un esprit collectif. D'ailleurs, la force d'une équipe réside dans sa cohésion et dans sa concentration sur l'objectif commun qui reste la qualité et la sécurité des soins. Le cadre de santé doit accompagner et encadrer les soignants étrangers tout au long de leur parcours professionnel tant dans leurs apprentissages que dans leur autonomie.

Sans connaissance de la culture de chacun, fédérer une équipe interculturelle devient difficile et la gérer pratiquement impossible. C'est pourquoi nous pensons que c'est à nous, futur cadre de santé, à devenir compétent culturellement. Mais comment y parvenir ? Selon nous, le cadre doit développer la compétence culturelle, considérée comme l'un des moyens de favoriser l'adoption d'une approche de soins adaptée à la culture en favorisant le respect et l'équité dans les soins des personnes. C'est en 1996 que le concept de compétence culturelle en sciences infirmières fait son apparition et se développe dans les pays anglo-saxons. Des théoriciens comme M. Leininger, L. Purnell, B. Paulanka ou J. Campinha-Bacote⁶² ont contribué au développement des connaissances liées à la compétence culturelle. Pour J. Campinha-Bacote, la compétence interculturelle n'est pas innée mais acquise et n'est pas universelle. Selon ce modèle, le soignant devient culturellement compétent quand il connaît et comprend l'influence des différents comportements du patient et cette compétence se manifeste à travers l'intégration des dimensions culturelles telles que la prise de conscience culturelle, les connaissances, les habiletés, la rencontre et le désir culturel. Comme pour M. Leininger, son cadre conceptuel vise à évaluer les besoins, la planification et la mise en œuvre des interventions culturellement compétentes. Selon L. Purnell et B. Paulanka, la compétence culturelle est considérée comme la prise de conscience professionnelle s'inscrivant dans une démarche clinique. D'après L. Purnell, la compétence culturelle signifie prendre conscience de sa propre culture, puis impose de connaître et de comprendre celle du patient, pour ensuite accepter cette différence et la respecter afin d'adapter les soins.

Le manque de compréhension et de connaissances culturelles chez les soignants augmente le risque d'apparition des EIAs et occasionne chez le patient une moins bonne acceptation des traitements et des régimes prescrits. C'est pourquoi, de plus en plus de managers de soins reconnaissent l'influence des valeurs et des pratiques culturelles sur la qualité des soins de santé. Cette compétence, en plus de lutter contre l'ethnocentrisme, les préjugés et les stéréotypes doit devenir un outil pour le cadre car elle contribue à donner du sens aux interactions culturelles au sein d'une même équipe, où chaque soignant doit pouvoir reconnaître et accepter la culture de l'autre et donc améliorer la cohésion du groupe. La conscience et la connaissance culturelles vont-elles devenir des éléments incontournables dans le management interculturel ?

⁶² Hagan A., « La compétence culturelle des infirmières » in Cahier de l'équipe METISS du centre de recherche et de formation, vol. 2, n° 1, 2007, p.9.

Par ailleurs, la société a évolué et le patient se comporte de nos jours comme un client qui exige des soins de qualité et ceci pousse les hôpitaux à obtenir une accréditation qui reconnaît que l'institution répond à des normes de qualité. Cette certification demande la mise en place de démarches de qualité et de la prise en compte de soins centrés sur le patient qui s'appuient sur une relation de partenariat entre les soignants, le patient et sa famille. Il est donc évident que la qualité des soins est au centre des préoccupations de tous les professionnels, mais leur contribution à atteindre cet objectif par l'instauration de nouvelles mesures ou la mise en place de recommandations et de procédures peuvent toutefois les décourager. En effet, tous les hôpitaux sont soumis à l'évolution des lois et des réglementations ainsi qu'aux directives en matière de justifications des soins et des résultats, incluant les critères de qualité et de sécurité du patient.

Mais, dans un environnement où le personnel manque de temps pour prendre soin du patient, et où les procédures sont trop strictes et les tâches administratives de plus en plus demandées, le soignant est obligé de faire des choix et il remet en question le sens de son métier. La surcharge de travail avec ses nouvelles exigences peut être perçue négativement, provoquant la démotivation, la rupture de la solidarité et de l'entraide. Il peut arriver que le personnel soit présent physiquement mais qu'il soit perturbé, contrarié et donc moins efficace mentalement. Les origines de la fatigue peuvent être multiples : l'importance de la charge de travail et l'amplitude des horaires en raison du déficit de personnel, le manque de temps, la lourdeur des documents médicaux et administratifs, le manque d'autonomie et de prise de décision, une reconnaissance insuffisante, une exigence croissante des patients, le manque d'équipements et de ressources, le manque d'esprit d'équipe ou les conflits. Selon nous, les soignants issus d'autres cultures sont encore plus exposés à ces différents facteurs par non-maîtrise de la langue, manque de connaissance des protocoles ou tout simplement par peur de sanctions. Les facteurs à l'origine de cette fatigue ne doivent pas être sous-estimés par les managers de chaque niveau hiérarchique car ils sont source de mal-être au travail, et mènent à l'abandon du métier de soignant.

Davantage, le taux élevé de roulement du personnel infirmier peut devenir un indicateur de non-qualité pour les hôpitaux et les turnovers fréquents défavorisent le travail d'équipe et la communication qui sont deux facteurs contribuant à la qualité des soins et à la sécurité des patients. De plus, des coûts induits par les besoins en formation du personnel principalement étranger, le ralentissement durant leur intégration, les défauts de communication et la diminution de productivité des soignants restants peuvent provoquer des tensions et des conflits au sein de l'équipe. Dans une démarche de qualité, le patient est considéré comme un partenaire, mais il arrive que le contact avec lui ou sa famille devienne une source de tensions par l'agression verbale ou des violences physique à l'encontre des soignants. Ceux-ci sont de plus en plus insatisfaits du contenu de leur travail, du grand

écart entre le travail prescrit et réel, augmentant la crainte de commettre des erreurs. Les mesures s'y focalisent sur le cure, et donc les actes techniques et les traitements, et moins sur le care, et donc la prise en charge holistique du patient qui se trouve au cœur du travail des soignants, alors que la combinaison des deux est essentielle dans la qualité des soins. Finalement, tous ces éléments jouent un rôle important dans la qualité de vie au travail et peuvent devenir une entrave à la qualité des soins. L'enjeu pour le cadre est d'améliorer les conditions au travail en veillant au bien-être de tous afin d'avoir un personnel performant pour certifier la qualité et la sécurité des soins.

Mais comment pouvons-nous, en tant que futur cadre, agir pour améliorer la qualité de vie des soignants tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins demandés par les institutions ? Les soignants étrangers accepteraient-ils plus facilement certaines conditions de travail que les diplômés belges rejettent ? L'enjeu pour le cadre serait, malgré les difficultés rencontrées, de rendre son unité de soins accueillante et sécurisante pour les patients et pour le personnel. La qualité de vie au travail est avant tout un état d'esprit et une manière de fonctionner et selon nous, proposer un environnement plus adapté et séduisant diminuera l'envie de partir et attirera de nouveaux travailleurs. Vœu pieux étant donné la gravité de la pénurie de soignants, mais le service dont nous aurons la charge en tant que cadre mérite nos efforts.

Ainsi, certains travaux anglo-saxons portant sur le Magnet Hospital montrent qu'il existe un rapport étroit entre les indicateurs de performance clinique comme taux de mortalité réduits, satisfaction des patients, erreurs médicamenteuses et la qualité de vie au travail perçue par le personnel soignant et que ce modèle d'hôpital serait à suivre en matière de qualité, de sécurité et d'efficience pour les patients, mais aussi pour la structure de soins. Ces constats peuvent nous faire penser que l'amélioration de la prise en charge des patients passe par une meilleure organisation du travail et par une prise en compte accrue du facteur humain. Nous considérons que ce modèle peut nous donner quelques pistes face à la problématique des conditions de travail : la communauté infirmière américaine apporte une solution de labellisation Magnet Hospital qui distingue les hôpitaux dits magnétiques ou aimants, reconnus pour allier la qualité des soins et les conditions de travail jugées favorables pour le personnel. Ce label ne sous-entend pas seulement une marque d'excellence en soins infirmiers mais présume aussi une qualité de soins pérenne. En 1994, un premier hôpital américain a reçu l'accréditation en répondant à 64 indicateurs. Le modèle Magnet a évalué, après constatation, que la qualité de vie au travail exerçait une influence indéniable sur la qualité des soins, il est utilisé comme un critère d'excellence, et est détenu par cinq cents hôpitaux aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle Zélande ou au Canada. Les huit dimensions essentielles de la force magnétique citées dans la littérature sont : une culture de soins centrée sur le patient, le soignant expert dans son art, un soutien fort de l'institution envers la formation, un leadership infirmier de type transformationnel, un mode de management participatif

favorable à l'empowerment des soignants, un climat collégial entre les différents acteurs de santé, une autonomie des soignants et une gestion adéquate des effectifs. Même si ce modèle est adapté au contexte soignant américain, nous pouvons retrouver une certaine partie de ces caractéristiques magnétiques dans le style de management qualitatif qui permet de créer un climat de travail bienveillant au sein des unités de soins. Selon M. Sibé⁶³, le style de management aimant devrait inspirer tous les futurs cadres de santé, il repose entre autres sur le leadership transformationnel caractérisant un cadre stimulant, mobilisateur, visionnaire, charismatique et à l'écoute de son équipe et l'empowerment perçu caractérisant le sentiment d'avoir la capacité d'agir et de pouvoir contrôler son travail. Ce style de management peut renforcer le sentiment de collectif, d'efficacité qui produit la satisfaction et l'implication au travail par la reconnaissance individuelle et collective. Le cadre doit savoir inciter l'équipe à prendre des initiatives, être vecteur de responsabilisation et développer la philosophie d'intelligence collective. Ceci permet de développer une culture de sécurité positive où l'erreur du soignant est corrigée par l'apprentissage par les exemples. Ce savoir-être de l'encadrant doit aller de pair avec un savoir-faire dans l'identification et la gestion des situations difficiles et dans la résolution des conflits.

En s'appuyant toujours sur le modèle de l'hôpital magnétique, certaines caractéristiques permettent de se recentrer sur le management des ressources humaines en soutenant les managers soucieux de joindre de manière stratégique la qualité des soins et l'amélioration de la qualité de vie au travail grâce à leur capacité d'accompagner l'équipe. Certains de ces éléments questionnent déjà les pratiques de gestion des effectifs soignants comme par exemple une politique de recrutement ou d'intégration des nouveaux engagés. Le recrutement de personnel qualifié doit être en adéquation avec la charge de travail et tenir compte des spécialités de chacun et surtout des besoins de sécurité et de qualité des soins du patient. Selon l'étude de KCE⁶⁴ de 2019, en Belgique, le ratio patients/infirmier est plus élevé que dans les hôpitaux magnétiques, néanmoins, il existe une variabilité entre hôpitaux en fonction du type de prestations, mais elle ne diffère pas beaucoup entre la semaine et le week-end⁶⁵. Toujours selon cette étude, il existe un consensus international selon lequel un ratio de plus de 8 patients représente un risque et un moins bon outcome infirmier. En effet, en 2019, les indicateurs du bien-être et de la satisfaction au travail ont diminué : en moyenne 38% des infirmiers présentent un risque élevé d'épuisement émotionnel et 32% de dépersonnalisation et un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail. Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de rendre le milieu de travail plus attractif dans nos hôpitaux, il faudrait diminuer le ratio

⁶³ Sibé M., « Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management « aimant » », Prendre soin des professionnels de santé in *adsp*, n°110, mars 2020, p.37.

⁶⁴ Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus, Synthèse, KCE, 2019, pp. 25-29.

⁶⁵ Annexe 12.

patients/infirmier, mais malheureusement ceci n'est pas dans nos compétences. La politique d'intégration des nouveaux personnels devrait être bâtie sur mesure selon le profil professionnel du soignant à partir d'une évaluation initiale des compétences. Par une méthode de mentorat, les soignants expérimentés vont désigner des tuteurs chargés du suivi et des transmissions des bonnes pratiques. Dans l'hôpital magnétique, les tuteurs prennent le temps de l'accompagnement et du travail en binôme, en doublure pour assurer l'intégration des nouveaux soignants et ceci est encore plus important quand il s'agit de soignants étrangers.

En Belgique, la moyenne est de quatre jours d'accueil, dix jours en doublure et d'accompagnement par un soignant expérimenté pendant environ un mois. Le modèle Magnet apporte des pistes pour les hôpitaux et invite les managers à prendre soin de leurs patients autant que de leurs personnels mais est-il envisageable dans toutes nos structures de soins ? Pouvons-nous envisager que les futurs cadres de santé en apprennent davantage sur l'hôpital magnétique afin d'améliorer leur management ? Le domaine de recherche sur le management est loin d'être épuisé et une réflexion sur les mesures qui peuvent être ajoutées en tenant compte des marges de manœuvre réelles, réglementaires, organisationnelles et financières reste à explorer.

Annexes

Annexe 1

Les cinq dimensions selon G. Hofstede

Distance hiérarchique	degré d'acceptation ou de tolérance face à la répartition inégale de pouvoir, elle se mesure à la perception que le subordonné a du pouvoir de son chef et à ses conséquences en termes de comportement
L'individualisme versus collectivisme	réfère au degré auquel les individus privilégient leur intérêt personnel où se préoccupent des enjeux et défis de la communauté. Les individualistes éprouvent un besoin de trouver un temps libre pour leur vie personnelle et d'augmenter leur liberté d'action. Le collectivisme se manifeste par la recherche d'un rôle social au sein de l'entreprise, un besoin de soutien et d'assistance via un encadrement
L'incertitude et la tolérance à l'ambiguïté	renvoie aux relations entre l'entreprise et son environnement au regard de situations plus ou moins risquées et permet d'expliquer certains comportements en vue de mieux contrôler l'incertitude qui peuvent s'exprimer par les procédures standardisées, la recherche de stabilité et par un besoin de discipline et d'ordre
Le masculin versus féminin	les valeurs féminines mettent l'accent sur l'environnement et la cohésion sociale tandis que les valeurs masculines insistent sur la réussite, l'esprit de compétition, l'ambition, l'autorité
Le court terme versus le long terme	visent à mesurer le champ d'action d'une société, dans la culture du long terme l'esprit d'économie et la persévérance sont des dimensions très valorisées. Pour les court terme le respect des obligations sociales est mise en avant

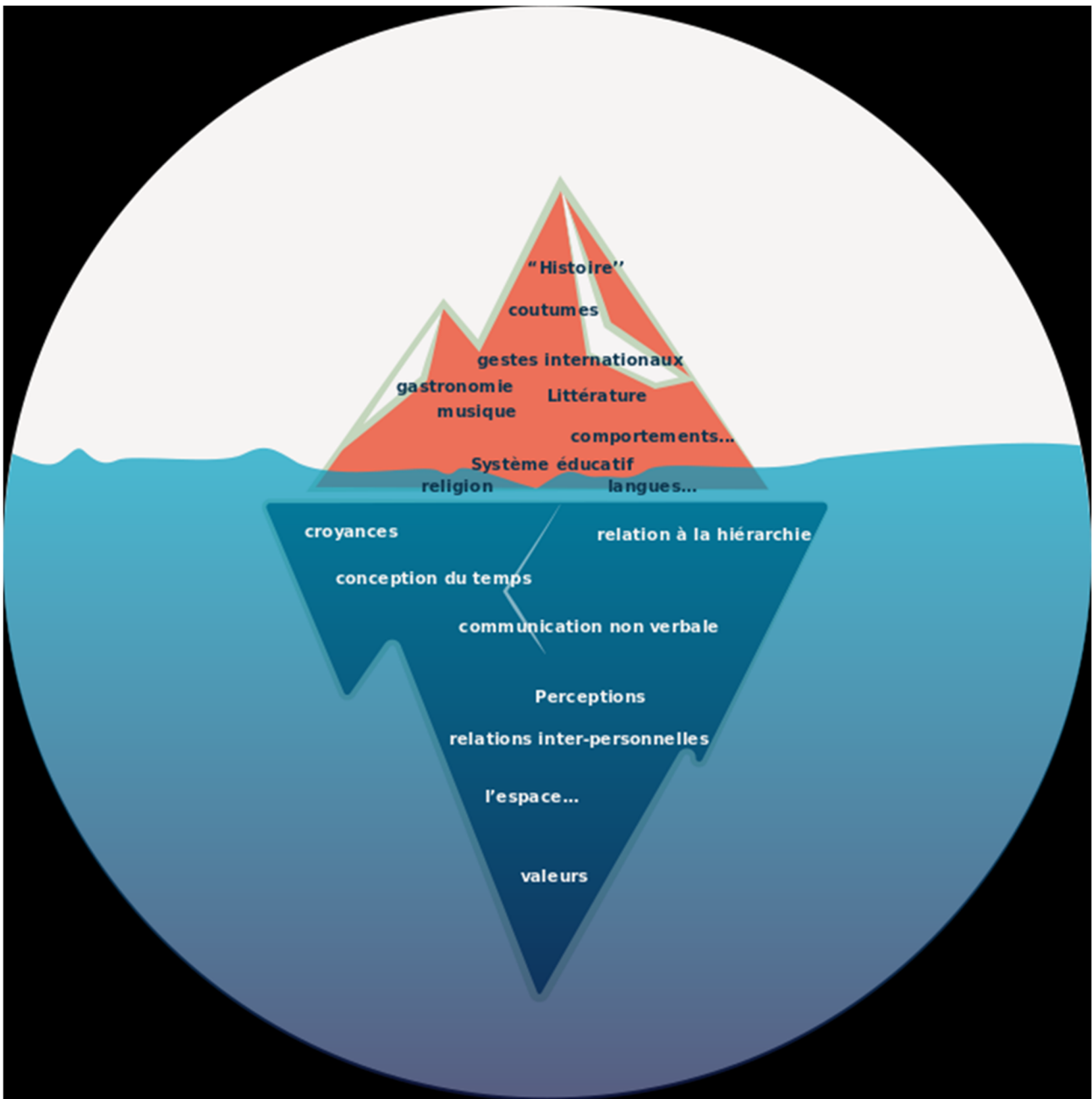
Annexe 2

Les sept indicateurs fondamentaux opposés de F. Trompenaars et Ch. Hampden-Turner

Individualisme	Collectivisme
orientation vers soi-même, considère que les décisions doivent être prises par un seul responsable	orientation vers la réalisation de buts et d'objectifs communs et la recherche de valeurs partagées
Objectivité	Subjectivité
attitudes guidées par les sentiments, ils extériorisent et affichent leurs tensions, qui sont des signes d'authenticité	considère qu'il ne faut jamais manifester ses émotions, surtout pas sur le lieu de travail et l'attitude affective accuse un manque de maîtrise et d'objectivité
Universalisme	Particularisme
cherche la solution à portée générale, considère qu'une solution qui a résolu un problème doit toujours être appliquée	accorde plus d'attention aux obligations relationnelles et aux circonstances conjoncturelles
Diffuse	Limitée
un clivage entre la vie privée et professionnelle	ne marque pas de frontière entre les différents aspects de leur vie
Attribué	Acquis
est conféré par un état de fait	le résultat d'une action ou d'un travail
Séquentiel	Synchrone
les activités sont organisées en séquences successives et isolables, les événements suivent un cycle	l'individu préfère réagir aux circonstances plutôt que de suivre un calendrier
Volontariste	Déterministe
peut influencer sur le monde extérieur en le contrôlant et est orienté vers lui-même, adopte volontiers une attitude dominatrice voire agressive et n'hésite pas à créer ou gérer des conflits	orienté vers l'extérieur, l'homme doit accepter les lois de l'environnement qui s'imposent à lui. Il se laisse guider par ces lois et veut vivre en harmonie avec la nature

Annexe 3

Exemple de métaphore de l'iceberg

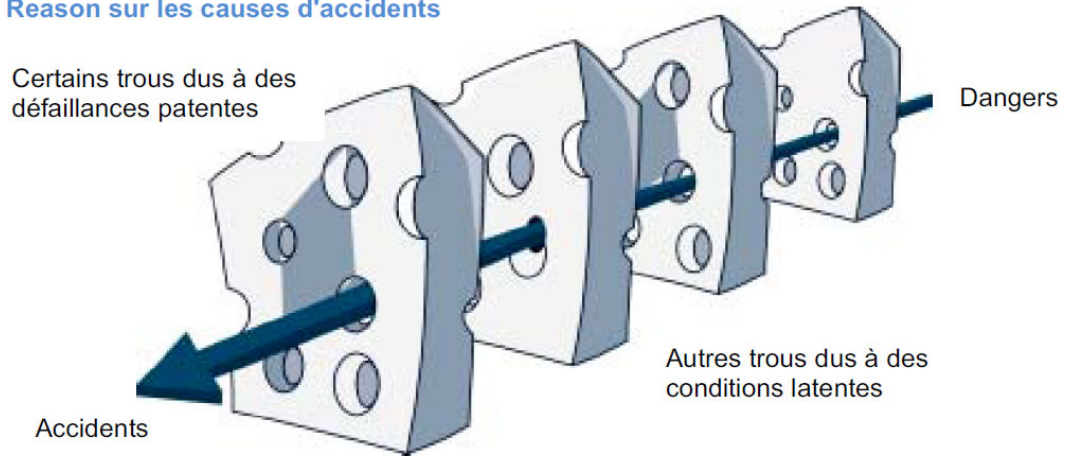


Source : <https://www.swane-intercultural.fr/>

Annexe 4

Le fromage suisse selon Reason

Modèle dit du « fromage suisse » de James Reason sur les causes d'accidents

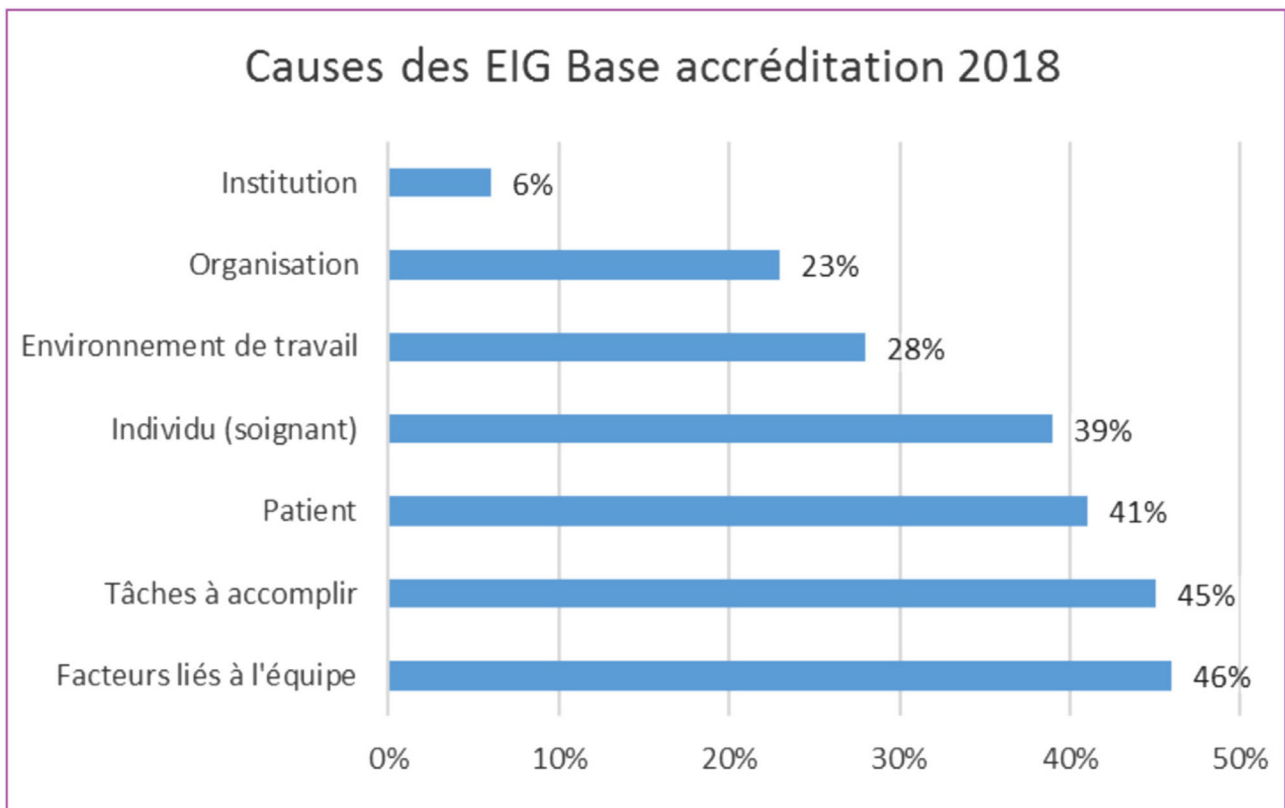


Couches successives de défenses, de barriers et de protections

Source : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2583231

Annexe 5

Les causes des événements indésirables



Source : <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/05/EIAS-Prog-FMC-Dec-2020.pdf>

Annexe 6

AMDEC

L'objectif est d'évaluer les risques afin de prévenir les défaillances potentielles.

Méthodologie :

- définir les objectifs et les limites de l'étude
- réunir les acteurs concernés par l'étude
- établir la séquence des étapes du processus sous forme d'un enchaînement d'actions
- repérer l'effet de chaque défaillance potentielle sur le processus
- identifier les causes des défaillances potentielles par séquence
- attribuer à chaque défaillance une note selon la gravité (G), la probabilité d'occurrence (O), la probabilité de non-détection (D).
- calculer la valeur de la criticité (produit des trois notes précédentes)
- choisir la valeur de criticité pour laquelle le risque est acceptable
- engager des plans d'action pour les valeurs de criticité les plus importantes

Processus	Défaillance	Causes	Effets de défaillance	G	O	D	Criticité	Actions

G : Gravité : la gravité dépend du retentissement de la défaillance ; si le défaut atteint à la sécurité des personnes, la gravité sera considérée comme majeure.

O : probabilité d'Occurrence : elle peut être facile à calculer lorsqu'il s'agit d'une défaillance technique, en revanche, pour une défaillance humaine, utiliser le retour d'expérience.

D : probabilité de non-Détection de la non-conformité pendant le déroulement du processus.

Source : [https://apprendre.auf.org/wp-content/opera/13-BF-References-et-biblio-RPT-2014/Les méthodes et les outils de la qualité en santé.pdf](https://apprendre.auf.org/wp-content/opera/13-BF-References-et-biblio-RPT-2014/Les_méthodes_et_les_outils_de_la_qualité_en_santé.pdf)

Annexe 7

Le diagramme causes-effets ou diagramme d'Ishikawa

Cet outil a été créé et diffusé par Ishikawa, ingénieur japonais à l'origine des cercles de qualité. C'est une arborescence visualisant le problème d'un côté, et ses causes potentielles, de l'autre. Les causes sont les facteurs susceptibles d'influer sur le problème.

Ces causes sont regroupées classiquement par familles, autour des 5 M mais qui sont souvent remplacés par d'autres familles plus adaptées au contexte professionnel.

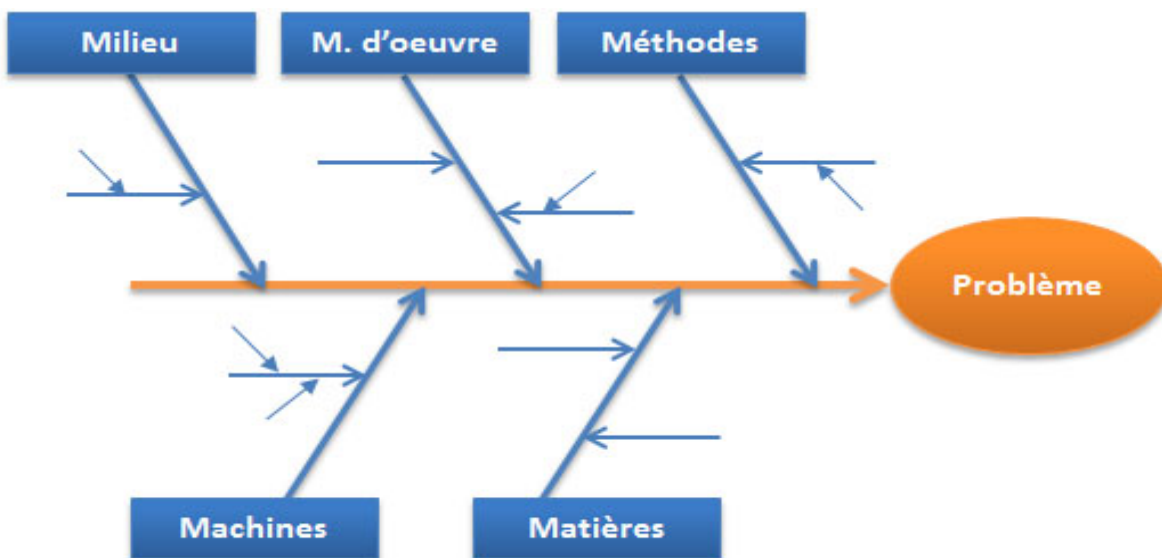
- Main-d'œuvre : les professionnels de toute catégorie, en y incluant la hiérarchie.
- Matériel : l'équipement, les machines, le petit matériel, les locaux...
- Matière : tout ce qui est consommable ou l'élément qui est à transformer par le processus.
- Méthode : correspond à la façon de faire, orale ou écrite (procédures, instructions...).
- Milieu : environnement physique et humain, conditions de travail, aspect relationnel...

Classer les causes d'un dysfonctionnement ou d'un problème, en grandes familles.

Représenter les causes d'un dysfonctionnement ou d'un problème de façon claire et Structurée.

Source : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_832544

Il peut être représenté par un diagramme en arêtes de poisson



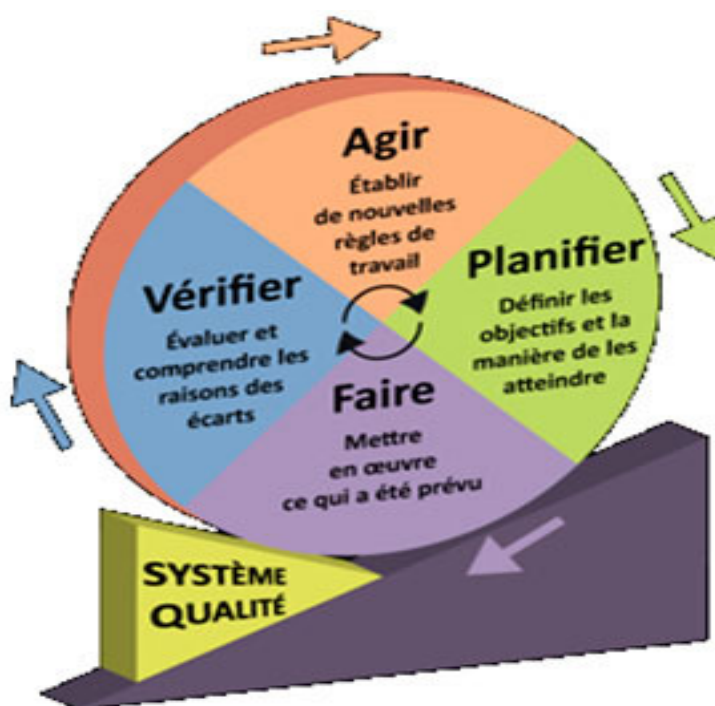
© www.manager-go.com

Annexe 8

La roue de Deming

La roue de Deming est aussi appelée cycle ou méthode PDCA (Plan, Do, Check et Act). Elle a été créée par William Edwards Deming.

Il s'agit de reproduire continuellement ces 4 étapes pour mener des actions. Elle est un des piliers des démarches Qualité. C'est un des éléments de base de l'amélioration continue. La roue de Deming est une bonne entrée pour initier les personnels d'une organisation aux outils de la démarche qualité.

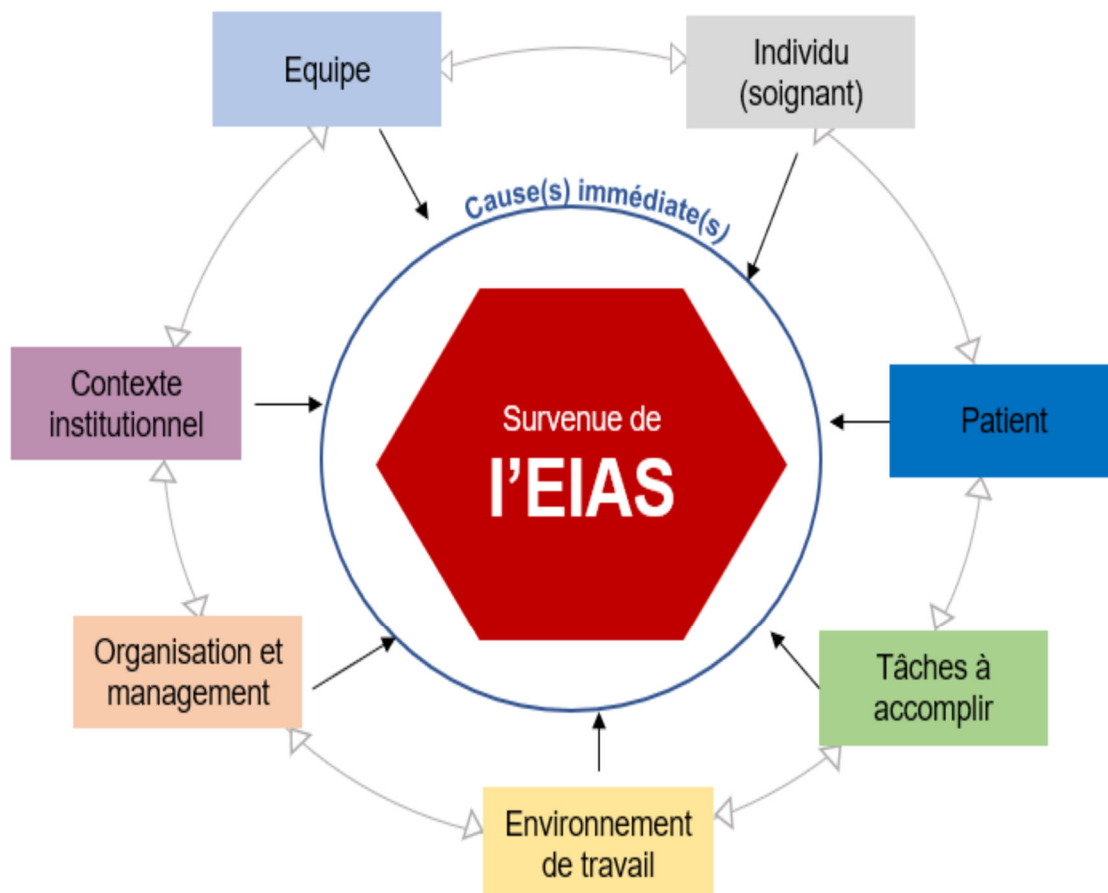


Source : <https://www.chsjura.fr/le-chs-saint-ylic-jura/demarche-qualite-et-securite-des-soins/>

Annexe 9

La méthode ALARM

La méthode ALARM, pour Association of Litigation And Risk Management a été développée spécifiquement pour la santé en 1999 par un groupe coopératif de recherche anglais, sous la direction de C. Vincent. Elle est la méthode la plus utilisée en santé.



Source : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288240/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-guide

Exemple de grille ALARM

Patient

Quels facteurs liés au patient ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'évènement ?
- Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?
- Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
- Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'évènement (par exemple : un traitement particulier) ?
- Le patient avait-il des problèmes d'expression ? Une communication difficile ?
- Est-ce que le patient/son entourage était coopératif ?
- Quelle était l'implication du patient dans sa prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant...) ?

Tâches à accomplir

Quels facteurs liés aux tâches à accomplir ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Existait-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause ?
- Si les protocoles existaient, étaient-ils connus, disponibles et utilisés ?
- Les examens complémentaires avaient-ils été réalisés et les résultats étaient-ils disponibles en temps utile ?
- Les moyens nécessaires à une prise de décision étaient-ils disponibles ?
- Les tâches concernées étaient-elles bien définies et planifiées ?
- Y a-t-il eu une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?
- L'intervention était-elle programmée ? Le programme a-t-il été respecté, modifié ?

Individu (soignant)

Quels facteurs liés à l'individu ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ?
- Aviez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
- Vous sentiez-vous fatigué.e, affamé.e ou malade ?
- Étiez-vous stressé.e
- Etc.

Equipe

Quels facteurs liés à l'équipe ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- La collaboration et l'ambiance étaient-elles satisfaisantes ?
- La communication entre vous et les autres membres de l'équipe était-elle effective ?
- L'équipe a-t-elle eu suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences ou complications possibles ?
- Quel était le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe ?
- L'équipe avait-elle défini qui prend en charge le patient ?
- Avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ?
- Un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ?

Environnement
de travail

Quels facteurs liés à l'environnement de travail ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit...) ?
- Avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ?
- Les équipements que vous avez utilisés ont-ils fonctionné de façon adéquate et efficacement ?
- La composition de l'équipe était-elle appropriée ?
- Aviez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ?
- Y a-t-il eu des retards dans la mise en œuvre des procédures de soins ?
- Etc.

Organisation et
management

Quels facteurs liés à l'organisation et au management ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- Les circuits de décision et de délégation étaient-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?
- Pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital vous a préparé.e à cette situation ?
- Avez-vous dû collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'aviez jamais travaillé ?
- Comment sont assurés les approvisionnements en situation normale, en urgence, les jours fériés, les week-ends ?
- Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes étaient-elles identifiées ?
- Existait-il une politique de gestion des risques et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins diffusée et connue des professionnels ?
- Comment qualifieriez-vous la culture de sécurité de l'organisation ?
- Etc.

Contexte
institutionnel

Quels facteurs liés au contexte institutionnel ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ?

- L'établissement faisait-il l'objet à cette période de mesures de la part d'un organe de l'État ?
- Existait-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'évènement (CPOM...) ?
- L'établissement avait-il mis en place des partenariats en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ?
- L'établissement était-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'évènement ? Si oui, le personnel connaissait-il les modalités de cette organisation ?
- Etc.

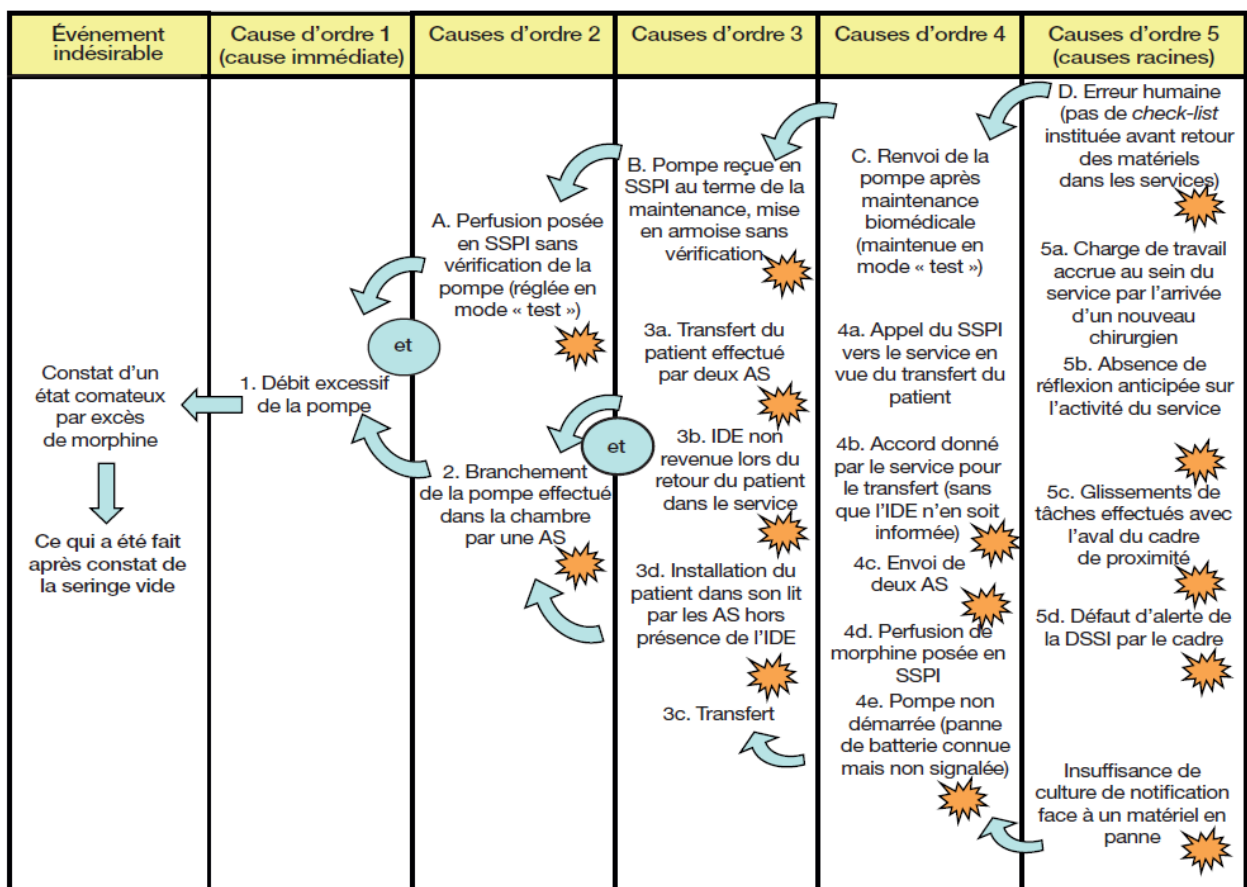
Annexe 10

L'arbre des causes

C'est une technique d'analyse approfondie des causes d'une défaillance basée sur la recherche systématique des relations causes-effets développée. La méthode de l'arbre des causes repose sur les principes généraux d'investigation d'un événement indésirable et elle repose sur un mode de représentation graphique, favorisant une compréhension visuelle des causes et des conséquences puis des barrières de sécurité absentes ou non respectées.

Sélectionner la situation à risque et organiser la démarche	Analyser la situation et identifier les risques	Évaluer et hiérarchiser les risques	Traiter les risques	Suivre les risques et pérenniser les résultats
---	---	-------------------------------------	---------------------	--

Exemple d'arbre des causes



Source : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche24.pdf>

Annexe 11

Hospital Survey on Patient Safety Culture

Aperçu des douze dimensions orientées ‘résultats’ du « Hospital Survey on Patient Safety Culture »

DIMENSIONS DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS		
D01	Les attentes du manager/superviseur et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le superviseur exprime son appréciation lorsqu'il voit que l'on travaille en accord avec les procédures de sécurité des patients établies 2. Le superviseur prend sérieusement en considération les suggestions de l'équipe pour améliorer la sécurité des patients 3. Si la pression monte, le superviseur veut qu'on travaille plus vite, même si cela implique des entorses aux procédures 4. Le superviseur néglige les problèmes récurrents de sécurité des patients
D02	La façon dont l'organisation apprend et s'améliore de façon continue	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'hôpital s'attache activement à améliorer la sécurité des patients 2. Des erreurs ont entraîné des changements positifs 3. Si on change quelque chose en faveur de la sécurité des patients, l'efficacité est toujours évaluée
D03	Le travail en équipe au sein des unités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les membres de l'unité se soutiennent mutuellement 2. Quand il faut accomplir rapidement beaucoup de travail, on travaille en équipe pour y arriver 3. Dans l'unité, les gens se traitent mutuellement avec respect 4. Quand un secteur de cette unité est surchargé, les autres collaborateurs viennent en aide
D04	L'ouverture à la communication	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'équipe s'exprimera librement si elle constate que quelque chose pourrait altérer les soins aux patients 2. L'équipe se sent libre de discuter les décisions ou les actes de ses autorités 3. L'équipe a peur de poser des questions quand quelque chose semble inapproprié
D05	Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il y a des informations sur les changements effectués sur la base des incidents enregistrés 2. Il y a des informations sur les erreurs qui surviennent dans cette unité 3. Dans l'unité, on discute des moyens d'éviter que des erreurs se reproduisent
D06	L'absence de sanction face aux erreurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les membres de l'équipe ont l'impression que leurs erreurs sont retenues contre eux

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Quand un incident est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est fichée, pas le problème 3. Les membres de l'équipe s'inquiètent de ce que leurs erreurs figurent dans leur fiche de personnel
D07	L'encadrement en personnel	<ul style="list-style-type: none"> 1. L'équipe est assez grande pour supporter la charge de travail 2. Les membres de l'unité prestent plus d'heures que ce qui serait idéal pour la sécurité des patients 3. On emploie plus d'agents temporaires que ce qui est idéal pour les soins 4. On travaille «en régime de crise» en voulant en faire trop, trop vite
D08	Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients	<ul style="list-style-type: none"> 1. La gestion de l'hôpital engendre un climat de travail favorable pour la sécurité des patients 2. Le comportement de la gestion de l'hôpital montre que la sécurité du patient est une priorité absolue 3. La gestion de l'hôpital ne s'intéresse à la sécurité des patients qu'après un incident
D09	Le travail d'équipe entre les départements	<ul style="list-style-type: none"> 1. Les unités hospitalières ne sont pas bien coordonnées entre elles 2. La collaboration est bonne entre les unités hospitalières qui ont besoin de travailler ensemble 3. C'est souvent désagréable de travailler avec des collaborateurs/collègues venant d'autres départements/services 4. services/départements 5. Les unités hospitalières collaborent bien pour délivrer les meilleurs soins aux patients
D10	La transmission des informations et les transferts	<ul style="list-style-type: none"> 1. Lorsque des patients sont transférés d'une unité à une autre, certaines choses sont perdues de vue 2. Des informations importantes pour les soins aux patients se perdent souvent lors des remises de service 3. Il y a souvent des problèmes de transfert d'information entre les unités hospitalières 4. Les remises de service sont source de problèmes pour les patients dans l'hôpital

DIMENSIONS ORIENTÉES 'RÉSULTAT'		
O01	La perception globale de la sécurité	<ol style="list-style-type: none"> 1. C'est un hasard si des erreurs plus sérieuses n'ont pas eu lieu dans l'hôpital 2. La sécurité des patients n'est jamais sacrifiée pour en faire plus 3. Il y a des problèmes de sécurité des patients dans cette unité 4. Les procédures et les systèmes sont bons et préviennent les erreurs
O02	La fréquence du signalement des événements indésirables	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lorsqu'une erreur est commise, mais arrêtée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, à quelle fréquence est-elle rapportée? 2. Lorsqu'une erreur est commise, mais ne comporte pas de risque de nuire au patient, à quelle fréquence est-elle rapportée? 3. Lorsqu'une erreur est commise, qui pourrait nuire au patient mais ne le fait pas, à quelle fréquence est-elle rapportée?

Source : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/culture-de-securite>

Annexe 12

Le ratio patients/infirmier en Belgique

Le ratio patients/infirmier est toujours beaucoup trop élevé dans les services belges de médecine interne et chirurgie, avec un ratio de 8,12 (selon les données administratives : 6,88 pour les hôpitaux universitaires et 8,21 pour les hôpitaux non-universitaires) et de 9,4 (estimation de l'enquête : 7,8 pour les hôpitaux universitaires ; 9,5 pour les hôpitaux non-universitaires).

À l'étranger, dans les pays/régions où des ratios sûrs sont appliqués, le ratio varie entre 4 et 5 patients par infirmier en journée et est de maximum 8 patients par infirmier pendant la nuit. La limite supérieure de ces normes internationales est de maximum 6,1 patients par infirmier sur 24 heures.

Il existe une importante variabilité entre les hôpitaux (de 6,1 à 12,7) mais on observe également de grandes différences en fonction du type de prestation :

- prestation du matin/de journée : en moyenne 7,1 patients (variable entre les hôpitaux : de 5,4 à 9,9)
- prestation de l'après-midi/du soir : 8,9 patients (variable entre les hôpitaux : de 4,6 à 13,3)
- prestation de nuit : 18,1 patients (variable entre les hôpitaux : de 8,0 à 27,6).

Le nombre de patients par infirmier ne diffère pas beaucoup entre les jours de semaine et de week-end. Les ratios belges sont beaucoup plus élevés que ceux qui sont considérés au niveau international comme un minimum pour garantir des soins sûrs. Il existe un consensus international selon lequel un ratio de plus de 8 patients par infirmier pendant la journée représente une situation dangereuse. L'étude de KCE a montré qu'un nombre significatif de patients belges sont exposés à des ratios considérés comme nuisibles ou dangereux au niveau international. Elle montre également une association constante entre un ratio de plus de 8 patients/infirmier en journée et de moins bons outcomes infirmiers : épuisement professionnel, insatisfaction au travail et intention de quitter la profession d'une part, un risque plus élevé de soins infirmiers non réalisés d'autre part.

Source : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf

Lexique des abréviations

AHRQ = Agency for Healthcare Research and Quality's

ALARM= Association of Litigation and Risk Management

AMDE = Analyse des Modes de Défaillance et de leurs Effets

AMDEC = Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité

APR = Analyse Préliminaire des Risques

BMF = Budget des Moyens Financiers

CE = Commission Européenne

DRG = Diagnosis Related Groups

EI = Événements Indésirables

EIAS = Événements Indésirables Associés aux Soins

ENEIS = Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins de santé

HAS = Haute Autorité de Santé

INAMI = Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

KCE = Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

ISO= Organisation Internationale de Normalisation

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

QOOQCP= Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi

SPF = Service Public Fédéral

UE= Union Européenne

UNESCO = Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

Bibliographie

Ouvrages

Alexandre-Bailly F., *Comportements humains et management*, Pearson, 2019, 370 p.

Autissier D., et al., *Conduite du changement : concepts clés*, Malakoff, Dunod, 2018, 334 p.

Chevrier S., *Le management interculturel*, Paris, Que sais-je ?, Presses Universitaires de France /Humensis, 2019, 128 p.

Cohen-Emerique M., *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques*, Rennes Cedex, Presses de l'EHESP, 2011, 470 p.

Cuche D., *La notion de culture dans les sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2001, 128 p.

Deliège R., *Une histoire de l'anthropologie. Ecoles, auteurs, théories*, Edition du seuil, 2006, 468 p.

Hubinon M., *Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Paris, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 1998, 395 p.

Le Nouveau Petit Robert, 1994, 2467 p.

Meier O., *Management interculturel, Stratégie-Organisation-Performance*, Paris, Dunod, 2013, 330 p.

Mucchielli R., *La dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Paris, ESF Sciences humaines, 2011, 235 p.

Tison B., *Soins et cultures : Formation des soignants à l'approche interculturelle*, Elsevier Masson, Issy-les Moulineaux, 2007, 256 p.

Articles

Abou S., « L'intégration des populations immigrées », in Revue européenne des sciences sociales, n°44-135, 2006, pp. 79-91, sur : <https://doi.org/10.4000/ress.256> (page consultée le 5 janvier 2022).

Brunelle Y., « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner » in Pratiques et Organisation des Soins, 2009, vol. 40, pp. 39 à 48, sur : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-1-page-39.htm> (page consultée le 28 novembre 2022).

Clemens-Carpiaux A., « La gestion du soin dans le management hospitalier : Approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France » in Recherche en soins infirmiers, février 2005, n° 81, pp. 6- 20, sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-6.htm> (page consultée le 25 septembre 2022).

Clergue F., Sotirov N., « Gestion des événements indésirables et sentinelles », in Réanimation, 2003, n°12, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, pp.49-54, sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0311-Reanimation-Vol12-NS2-pS049_S054.pdf (page consultée le 3 mars 2022).

Cohen-Emerique M., « L'interculturel dans les interactions des professionnels avec les usagers migrants », in Alterstice, Revue internationale de la recherche interculturelle, vol.1, n°1, 2011, pp.10-19, sur : https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/view/CohenEmerique_Alterstice1%281%29/pdf_1 (page consultée 18 décembre 2021).

Coutu-Wakulczyk G., « Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell », in Recherche en soins infirmiers, n° 72, janvier 2003, pp. 34-47, sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2003-1-page-34.htm> (page consultée le 13 janvier 2023).

De Koninck T., « Le sens de la culture », in Laval théologique et philosophique, volume 52, n°2, juin 1996, pp. 583-612, sur : <https://id.erudit.org/iderudit/401012ar> (page consultée le 25 novembre 2021).

Desserprit G., « Perspectives : impact du programme Pacte », in Soins cadre, n°93, février 2015, p.11-12, sur : https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/soins-cadres-tap-2015_1540561634590-pdf (page consultée le 25 septembre 2022).

Divay S., « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation », in Sciences sociales et santé, vol. 36, janvier 2018, pp. 39-64, sur : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2018-1-page-39.htm> (page consultée le 10 décembre 2020).

Formarier M., « Equipe, travail en équipe » in Les concepts en sciences infirmières, Association de Recherche en soins infirmiers, Hors collection, 2012, pp180-182 sur : <https://doi.org/10.3917/arsl.forma.2012.01.0180> (page consultée le 13 février 2022).

Hagan A., « La compétence culturelle des infirmières » in Cahier de l'équipe METISS du centre de recherche et de formation, vol. 2, n° 1, 2007, pp. 9-21. sur :

http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Metiss/cahiers_metiss_2.pdf (page consultée le 28 décembre 2022).

Kessar Z., Kotobi L., « Diversité culturelle, tensions et solidarités au sein des équipes soignantes », in Revue de l'infirmière, n° 241, mai 2018, pp. 23-26., sur : <https://www.em-consulte.com/article/1213635/alertePM> (page consultée le 17 novembre 2020).

Kornig C., Levet P., Ghadi V., « La qualité de vie au travail et les déterminants de la qualité des soins », in Risques & Qualité, 2018, vol. 15, n°1, sur : https://www.risqual.net/system/files/2018-03/RQ_XV_1_Kornig.pdf (page consultée le 10 janvier 2023).

Laurent M., « Le signalement des événements indésirables : intentions, méthodes et résultats », in Risques & Qualité en milieu de soins, 2022, sur : <https://www.risqual.net/publication-scientifique/chapitre-iii-le-signalement-des-evenements-indesirables-intentions-methodes-et-resultats> (page consultée le 21 janvier 2023).

Lecordier D., « Culture », in Les concepts en sciences infirmières, 2012, pp. 140-143, sur : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-140.htm?contenu=resume> (page consultée le 15 septembre 2020).

Le Dref G., « L'homme face à l'évolutionnisme : un animal paradoxal », in Revue de philosophie et de sciences humaines, 2009, pp. 23-24, sur : <https://journals.openedition.org/leportique/2451?lang=en> (page consultée le 10 novembre 2020).

Loth D., « Le fonctionnement des équipes interculturelles », in Management & Avenir, n° 28, 2009, pp. 326 à 344, sur : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2009-8-page-326.htm> (page consultée le 20 novembre 2020).

Moll M.C., Bart S., « Les événements indésirables associés aux soins, ce qu'il faut connaître », in Progrès en urologie, 2020, pp.126-130, sur <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/05/EIAS-Prog-FMC-Dec-2020.pdf> (page consultée le 25 mars 2022).

Müller H.-P., « Société, morale et individualisme. La théorie morale d'E. Durkheim » in Revue franco-allemande de sciences humaines et sociales, n°13, 2013, pp.1-26, sur : <https://doi.org/10.4000/trivium.4490> (page consultée le 12 janvier 2022).

Occelli P., « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique », HAS, décembre 2010, p.15., sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1023357/fr/culture-de-securite-des-soins-du-concept-a-la-pratique-decembre-2010 (page consultée le 10 novembre 2022).

Rocher G., « La notion de culture », Extraits du chapitre IV : « Culture, civilisation et idéologie », Introduction à la SOCIOLOGIE GÉNÉRALE. Première partie : L'ACTION SOCIALE, chapitre IV, pp. 101-127, Montréal : Éditions Hurtubise HMH, 1992, sur : http://jmt-sociologue.uqac.ca/www/word/387_335_CH/Notions_culture_civilisation.pdf (page consultée le 10 novembre 2020).

Sibé M., « Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par le management « aimant » » Prendre soin des professionnels de santé in adsp, n°110, mars 2020, pp. 35-38, sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1171> (page consultée le 28 novembre 2022).

Theyre S., « Multiculturalisme versus interculturalisme : quelle approche adopter en management des organisations ? », in Centre de ressources en économie-gestion, Académie de Versailles, 2011, sur <https://creg.ac-versailles.fr/multiculturalisme-versus-interculturalisme-quelle-approche-adopter-en> (page consultée le 03 mars 2022).

Divers

Analyse d'un évènement indésirable par arbre des causes, Fiche méthode 432 sur : <https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/Analyse-d-un-evenement-indesirable/eig-arbre-des-causes> (page consultée le 03 février 2023).

Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef, 2006, sur : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=06-08-28&numac=2006022730 (page consultée le 10 décembre 2020).

Carbonne-Laurens Ch., « Communication et travail collectif des soignantes en situation de métissage à l'hôpital : le cas des cadres de santé, infirmières et aides-soignantes », Thèse en vue de l'obtention du doctorat de l'Université de Toulouse, 2014, 487 p., sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127207/> (page consultée le 05 janvier 2023).

Contrat Coordination qualité et sécurité des patients, Note d'accompagnement, Plan pluriannuel 2013-2017 du SPF Santé Publique, janvier 2013, 29 p., sur :

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/contrat_qs_-_note_daccompagnement_def.pdf (page consultée le 10 janvier 2023)

Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus, Synthèse, KCE, 2019, 63 p., sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf (page consultée le 28 novembre 2022).

Duray C., Braeckman G., Gestion des risques, Groupe Jolimont, 70 p., sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/gestion_des_risques_-_07.12.2017_-_c._durayg._braeckman.pdf (page consultée le 17 janvier 2023).

Enquêtes sur la culture de sécurité. Comprendre et agir, Sécurité du patient. Gérer les risques, HAS, mai 2019, 43 p., sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-06/spa_123_guide_culture_securite_cd_2019_05_29_v1.pdf (page consultée le 15 novembre 2022).

Gestion des risques en équipe, Développement personnel continu, HAS, 2017, sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807722/fr/gestion-des-risque-en-equipe (page consultée le 18 novembre 2022).

Graindorge E., « L'accréditation des établissements hospitaliers belges comme stimulant de la qualité des soins : panacée ou illusion ? », Mémoire en vue de l'obtention du Master en droit, Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain, 2015, 99 p., sur : <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:3543> (page consultée le 15 janvier 2023).

L'analyse des événements indésirables associés aux soins. Mode d'emploi, Recommander les bonnes pratiques, HAS, FORAP, 2021, 80 p. sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288240/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-guide (page consultée le 22 février 2022).

La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale, Mémoire, SIDIIEF, 2015, 60 p., sur : <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/2019/09/Memoire-QualiteSoin-FR.pdf> (page consultée le 11 janvier 2023).

La situation du personnel infirmier dans le monde. Investir dans la formation, l'emploi et le leadership, 2020, sur : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240003279> (Page consultée le 22 octobre 2022).

L'erreur est humaine, Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, 4 p., sur : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2583231 (page consultée le 07 janvier 2023).

Lothaire T., « Transposition au niveau fédéral de la Directive européenne 2013/55/UE » Légendes ou réalités ?, Congrès annuel de la FNIB, Namur, 2014, sur : <https://fnib.be/wp-content/uploads/congres2014-Lothaire-Transposition-DIR-2013-55-E-TL-FINAL.pdf> (page consultée le 25 mars 2022).

Note d'orientation du Conseil International des infirmiers. La pénurie mondiale du personnel infirmier et la fidélisation des infirmières, sur : <https://www.afitch-or.fr/note-dorientation-du-cii-2021/> (page consultée le 21 octobre 2022).

Or Z., Com-Ruelle L., La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?, Document de travail, n° 19, IRDES 2008, 20 p., sur : www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf (page consultée le 15 décembre 2022).

Performance du système de santé belge, 2019, rapport KCE, 124 p., sur <https://kce.fgov.be/fr/performance-of-the-belgian-health-system-%E2%80%93-report-2019> (page consultée le 20 novembre 2022).

Programme d'amélioration continue du travail en équipe, Sécurité du patient, HAS, mai 2018, 9 p., sur : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2852574 (page consultée le 18 octobre 2022).

Qualité de vie au travail et qualité de soins, Revue de littérature, HAS, 2016, 51 p. sur : https://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1442 (page consultée le 10 décembre 2022).

Rapport d'activité 2018 des organismes agréés pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales, HAS, 2019, 25 p., sur : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2965716 (page consultée le 18 octobre 2022).

Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins. Rapport annuel d'activités 2017, HAS, 2018, 83 p., sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2885177/fr/retour-d-

[experience-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs-rapport-annuel-d-activite-2017](#) (page consultée le 10 novembre 2022).

Stephani V., Crommelynck A., et al., Financement des séjours hospitalier pour les soins à haute variabilité, Synthèse, KCE, 2018, p.36. sur :

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302B_Financement_sejours_hospitaliers_Synthese.pdf (page consultée le 18 janvier 2023).

UNESCO, Article 4.8 de la Convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles sur : <https://fr.unesco.org/about-us/legal-affairs/convention-protection-promotion-diversite-expressions-culturelles> (page consultée 10 décembre 2021).

Abstract

Dans le langage commun, la culture renvoie à l'ensemble des savoirs, des savoir-faire, des traditions propres à un groupe mais est rarement associée aux soins. Pourtant, avec l'ouverture des frontières et la libre circulation des travailleurs, nous vivons dans une société culturellement diversifiée. Au sein de n'importe quelle structure de soins, nous serons amenés à collaborer avec des personnes de cultures différentes, mais aussi à les soigner. Il est primordial pour le cadre d'en prendre conscience et la culture de chaque soignant doit être prise en compte, dès son entrée dans le service, afin d'améliorer son intégration et de créer un environnement de travail favorable à la cohésion, la solidarité et l'entraide. Le bon fonctionnement d'une équipe assurera une qualité des soins optimale donc et la sécurité des patients qui est au cœur des enjeux de l'hôpital moderne.

Le cadre de santé se trouve à la croisée de logiques parfois contradictoires : d'une part il doit fédérer une équipe, de plus en plus interculturelle, et d'autre part assurer la qualité des soins au sein d'un environnement soumis à de nombreuses pressions. La réussite de sa mission sera guidée par ses capacités à rendre magnétique son unité.

Mots-clés

Culture, interculturalité, culture de sécurité, diversité culturelle, qualité des soins, sécurité du patient, management, hôpital magnétique