



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



# PROJET PROGRESS

Programmes de gestion des risques dans les  
Établissements de Santé

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

## ANNEXES du rapport final

**Juin 2014**

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

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

## Table des annexes

ANNEXE 1.....	3
<i>Logigramme de la revue de la littérature.....</i>	<i>3</i>
ANNEXE 2.....	5
<i>Tableau d'analyse de la littérature.....</i>	<i>5</i>
ANNEXE 3.....	13
<i>Schéma du recueil des données.....</i>	<i>13</i>
ANNEXE 4.....	15
Grille de recueil d'informations sur la gouvernance et le système de gestion des risques.....	15
ANNEXE 5.....	30
<i>Guide d'entretien pour les acteurs institutionnels.....</i>	<i>30</i>
<i>Guide d'entretien pour les professionnels de santé.....</i>	<i>30</i>
ANNEXE 6.....	50
<i>Questionnaire sur l'organisation de la gestion des risques auprès des professionnels de santé des services.....</i>	<i>50</i>
ANNEXE 7.....	58
<i>Cahier d'observation des pratiques de traçabilité, de pose et de manipulation du CVP.....</i>	<i>58</i>
ANNEXE 8.....	71
<i>Grille de recueil des éléments factuels et de perceptions pour mesurer l'avancement réel de l'action au moyen d'un entretien collectif.....</i>	<i>71</i>
ANNEXE 9.....	83
<i>Synthèses des résultats du projet PROGRESS pour les cinq établissements.....</i>	<i>83</i>

---

## **ANNEXE 1**

### ***Logigramme de la revue de la littérature***

**Mots clés:** Quality Improvement ; Quality Improvement and Healthcare

Thésaurus Projet de service; Quality Improvement AND Safetycare ; Quality Improvement AND Risk Management AND Healthcare ; Actions en gestion des risques AND établissements de santé

**Bases de données investiguées:** Cinahl, Francis, Psycarticle, Psychological and Behavioral sciences collection, Psycinfo, Pubmed / Medline, Scopus, SocIndex, BDSP, Pascal, Social Sciences Citation Index

**Total: 30 615** références identifiées dans les bases de données

**28 928** citations exclues sur titres car ne correspondaient pas aux critères de sélection :

-description d'une action spécifique ou programme d'amélioration de la qualité

**Total de 1 687** références retenues sur titres

**23** doublons

**1593** hors critères d'inclusions :

- Article publié entre 1990 et 2011 en langue anglaise et française
- Association entre un ou plusieurs facteurs et une initiative d'amélioration de la qualité et/ou de conduite au changement : barrières, obstacles, facilitateurs et autres caractéristiques. Nous incluons également dans les facteurs tout type d'intervention.
- Article basé sur une méthodologie quantitative et/ou qualitative structurée.
- Etudes réalisées en milieu hospitalier

**Total de 71** références retenues sur résumés

**48** références exclues après vérification dans le corps de texte de la pertinence des articles au regard des critères d'inclusion.

**Total de 23** références retenues pour la lecture approfondie des articles

---

## **ANNEXE 2**

### ***Tableau d'analyse de la littérature***

Auteur	Objectif	Méthode	Type d'initiative d'amélioration de la qualité	Facteurs principaux (les signes + ou – indiquent si ce sont des freins ou des facilitateurs lorsque l'information est renseignée dans les articles)
(1) Kaplan et al. [2010]	Développer un modèle conceptuel des facteurs contextuels qui affectent la réussite d'un projet d'amélioration de la qualité	Modèle conceptuel	Actions en amélioration de la qualité en général	<p><b>(+)</b> Environnement externe (motivateurs externes ; projet de parrainage)  Organisation (direction de QI ; principal commanditaire chef de projet ; culture en faveur de QI ; maturité de l'organisation QI ; structure de paiement du médecin ; soutien et la capacité de QI)  Infrastructure de données (disponibilité des ressources ; accent sur la main-d'œuvre QI)  Microsystème (direction QI ; culture en faveur de QI ; capacité d'amélioration ; motivation au changement)  Equipe de QI (diversité de l'équipe ; participation des médecins ; expert en la matière ; stabilité de l'équipe ; expérience préalable de QI ; direction d'équipe ; équipe du processus décisionnel ; normes de l'équipe ; compétences de l'équipe QI)  Divers (déclencheur positif ou négatif ; importance des tâches stratégiques pour l'organisation)</p>
(2) Solomons et Spross [2011]	Identifier les obstacles et les facilitateurs à l'adoption de la pratique factuelle (EBP) pour l'amélioration continue de la qualité	Revue de littérature Utilisation du modèle conceptuel de Shortell [ ] pour organiser les facteurs	La médecine fondée sur les faits (Evidence-Based Practice)	<p><b>Dimension stratégique :</b>  <b>(-)</b> manque de temps pour la réalisation de l'EBP ; les dirigeants et les gestionnaires ont d'autres objectifs plus prioritaires que l'EBP ; difficulté à recruter et retenir du personnel pour cette démarche, manque de ressources, lourdeur la charge de travail.</p> <p><b>(+)</b> Importance d'inclure les infirmiers dans les comités des établissements hospitaliers (aide à promouvoir EBP au sein de l'établissement) ; intégrer la « EBP » dans l'orientation des nouveaux employés ; engagement de la direction dans EBP (ex : Chief Nursing Officer – leader de direction en soins infirmiers)</p> <p><b>Dimension culturelle :</b>  <b>(-)</b> résistance au changement dans la pratique des travailleurs et des gestionnaires ; manque de pouvoir et d'autorité pour changer les pratiques ; désir de conciliation travail-famille (vie) ; manque de respect pour la recherche (éloignement entre les études et la réalité de terrain)</p> <p><b>(+)</b> Importance d'inclure les infirmiers dans les comités (?) des établissements hospitaliers (aide à promouvoir EBP au sein de l'établissement) ; intégrer la « EBP » dans l'orientation des nouveaux employés ; engagement de la direction dans EBP (ex : Chief Nursing Officer – leader de direction en soins infirmiers) ; stratégies visant à améliorer l'utilisation de la recherche et rendre les résultats des pratiques/actions mesurables (ex : des « champions d'idées » désignés pour cultiver l'intérêt personnel et l'appropriation de la recherche)</p> <p><b>Dimension technique :</b>  <b>(-)</b> manque de formation des employés pour participer efficacement aux équipes pluridisciplinaires ; systèmes d'information pas assez puissants pour soutenir leurs efforts ; manque de formation initiale et continue des systèmes d'information ; difficulté à accéder à des ressources documentaires ; non confiance dans la capacité à évaluer la qualité de la recherche ; manque dans les compétences de recherche d'information ; difficulté à comprendre les statistiques présentées dans les revues</p> <p><b>(+)</b> Mise en œuvre de formations pratiques (recherche documentaire, explication de recherche, etc.) ; promotion de l'utilisation de EBP (ex : comité de promotion de l'utilisation de EBP parmi les infirmiers ; programmes spécifiques)</p> <p><b>Dimension structurelle :</b>  <b>(-)</b>Manque de sensibilisation à la recherche ; difficultés avec le format de l'information ; l'information n'a pas été compilée en un seul lieu, trop d'information papier</p> <p><b>(+)</b>Rendre les recherches plus accessibles auprès du personnel, notamment infirmier (au niveau de leur présentation : discussions, mail, message en ligne) ; diffuser les résultats de recherche au sein de l'établissement pour favoriser le changement de pratiques (notamment via des professionnels « connaisseurs »)</p>
(3) Cochrane et al. [2007]	Identifier les obstacles à la mise en œuvre clinique des lignes directrices en faveur de soins optimaux	Revue de littérature Utilisation du cadre conceptuel de Cabana [ ] pour organiser les facteurs	Amélioration des soins de santé en général	<p><b>(-)</b> Soutien ou ressources : manque de soutien manque de temps, de ressources humaines, matérielles et financières  Barrières cognitivo-comportementales: manque de connaissances, de compétences professionnelles, de sensibilisation.  Obstacles liés aux professionnels de santé : âge, expérience, sexe, manque de motivation, l'influence de caractéristiques individuelles, intérêt pour les questions juridiques, l'opacité des frontières professionnelles, le manque d'influence des pairs.  Obstacles du système: manque d'organisation et de structure, d'harmonie avec la santé et les systèmes de surveillance, l'absence de processus d'aiguillage, le manque de rapport charge de travail/ résultats ; manque de</p>

				<p>structure d'équipe et d'éthique</p> <p>Obstacles comportementaux ou rationnels-émotionnels : manque d'efficacité, de confiance, de sens de l'autorité, de résultats ; l'espérance, de précision de l'auto-évaluation</p> <p>Barrières intégrées dans les lignes directrices ou d'expertises : manque d'accès à la pratique, de structure compréhensible, manque d'utilité ou d'applicabilité locale, manque d'expertises convaincantes.</p> <p>Obstacles liés au patient: conflits de culture; comportements éducatifs, émotionnels, absence de comportement d'adhésions ou concordants.</p>
(4) Brady et al. [2009]	Développer la compréhension sur la nature, les coûts et les stratégies pour réduire ou prévenir les événements indésirables expérimentés	Revue de littérature	Réduction des événements indésirables expérimentés	<p>(+) Sept étapes pour améliorer la sécurité des patients de la NHS organizations (National Patient Safety Agency 2004) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Construire une culture de sécurité en encourageant les équipes à déclarer quand ils pensent s'être trompés</li> <li>2. Guider et soutenir l'équipe en établissant un focus clair sur la sécurité du patient dans l'organisation</li> <li>3. Intégrer l'activité de gestion des risques en développant un système et un processus</li> <li>4. Promouvoir la déclaration en s'assurant que l'équipe peut déclarer à la fois nationalement et internationalement quand quelque chose ne va pas.</li> <li>5. Impliquer et communiquer avec les patients et le public</li> <li>6. Enseigner et partager des leçons de sécurité en encourageant l'équipe à analyser l'origine des causes des incidents.</li> <li>7. Mise en œuvre de solutions pour prévenir les nuisances par le biais de la formation et en impulsant des changements dans les pratiques.</li> </ol> <p>Stratégies d'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partenariats entre les intervenants (professionnels de santé, administrateurs, patients, membres de la population générale) pour partager des idées et travailler sur des solutions</li> <li>- Encourager l'échange sur les événements indésirables au sein des organisations</li> <li>- Changement culturel : créer une culture de sécurité qui favorise l'approche de la déclaration des EI de manière non punitive (différente de l'approche qui désigne et blâme de manière individuel quand un EI a lieu) ; système confidentiel</li> <li>- Education continue et entraînement</li> <li>- Analyse statistique des EI : procédures quanti plus système d'analyse des causes (analyse des relations complexes entre les différentes variables rapportées avec les erreurs et les événements indésirables)</li> <li>- Usage d'une administration informatisée</li> </ul>
(5) Wardhani et al. [2009]	Identifier les problèmes et les facteurs facilitant la mise en œuvre du QMS	Revue de littérature	QMS (Quality Management System)	<p>(+ ou -) <b>La culture organisationnelle</b> : groupale +, centrée sur le développement +, rationnelle -, hiérarchique -</p> <p><b>Le modèle organisationnelle</b> : facteurs influençant la culture organisationnelle : Taille (+ ou -) et complexité de l'hôpital (revenu annuel brut +, la durée du séjour +); approche stratégique : défenseur -, prospecteur +/-, analyseur +, un réacteur + ; facteurs influençant un état d'avancement (stade de mise en œuvre) : statut (privé + /public -) ; structure (bureaucratie professionnelle -/Machine bureaucratique +)</p> <p>(+) <b>Leadership de la qualité</b> : L'engagement des médecins (+) (→leadership) : rôle clair attribué aux médecins dans l'organe de gouvernance (+) ; conflit de pouvoir entre les managers et les professionnels (-)</p> <p><b>La structure de la qualité</b> : structure organisationnelle pour la qualité + capacités techniques : médecins et infirmières QI ; QMS ou l'assurance qualité du service soutenu par une équipe à temps plein QMSS ; allocation budgétaire</p> <p><b>Soutien technique</b> : éducation et formation sur le paradigme de qualité et la méthode ; capacités des employés à exécuter l'approche de résolution des problèmes scientifiques, le système d'information de l'hôpital, ainsi qu'un système d'analyse et de déclaration des informations.</p> <p><b>Autres facteurs signalés dans la discussion de l'article</b> : culture fondée sur une approche stratégique de prise de risque de risque et innovatrice (responsabilisation des employés ; climat de risk-free ; climat d'innovation) ; diffusion du leadership de qualité ; éduquer et former tout le personnel au-delà de l'équipe de QMS ; élaborer une liste claire des responsabilités et une description du poste pour chaque membre du personnel et des procédures claires en ce qui concerne le programme QMS ; promotion de la qualité en amont de la formation et de l'éducation pour les compétences techniques de gestion de la qualité est nécessaire pour la diffusion et la sensibilisation à la qualité ; pression pour la qualité de parties externes comme le gouvernement ou des compagnies d'assurances et des clients ; budget et facilités ; ressources humaines politiques ; compétition du marché versus bonne politique publique</p>
(6) Faisal et al. [2011]	Identifier un ensemble de « meilleures pratiques » (ou bonnes pratiques) de TQM en	Revue de littérature	<b>Total quality management or TQM</b> (an integrative philosophy)	(+) Engagement et soutien du top-management (ou leadership), le travail d'équipe ; la gestion du processus (process management) ; se centrer sur le patient et sa satisfaction (customers focus and satisfaction) ; la gestion des ressources ; comportement organisationnel et culture de l'organisation ; l'amélioration continue ; formation et éducation.

	termes de soins qui pourrait être utilisé par les chercheurs et les praticiens d'établissements de santé		of management for continuously improving the quality of products and processes)	
(7) Borbas et al. [2000]	Identifier les cadres pertinents pour la réussite	Quantitative Essai randomisé dans 37 hôpitaux dans le Minnesota	Projet d'amélioration de la qualité des soins des Infarctus aigus du myocarde (Acute Myocardial Infarction (AMI) Care) <i>entrepris par Stephen Soumerai et le « Healthcare Education and Research Foundation » (HERF)</i>	(+) Diffusion des connaissances par des leaders d'opinion (-) Manque de compétence, d'information des professionnels, manque de formation technique ; barrières psychosociales des professionnels ; barrières organisationnelles ; manque de ressources ; manque de connaissances, de compétences du patient ou de sa famille nécessaires pour la réussite du traitement ; barrières psychosociales du patient
(8) Lawton et Parker [2002]	Etudier de la perception des professionnels de santé du système de déclaration des événements indésirables	Quantitative Questionnaire avec scénario présentant soit une situation de violation de protocole, un respect de protocole ou une improvisation 315 participants (médecins, infirmiers, sages femmes) de trois spécialités (chirurgie, anesthésie ou obstétrique) en Angleterre	Déclaration des événements indésirables	(+) Changements culturels (-) Mise en place d'un système proactif de gestion du risque (-) Système de déclaration non confidentiel Culture médicale : autonomie professionnelle, collégialité, autorégulation) Exemples : résistance des médecins aux protocoles de bonne conduite car menace à leur autonomie professionnelle ; dénonciation perçue comme un tabou Culture organisationnelle avec l'accent sur le blâme. Obstacles juridiques
(9) Krein et al [2010]	Explorer les déterminants et les modalités de réussite de la mise en place des pratiques recommandées sur les infections du sang et mettre en lumière les activités en lumière les activités de la qualité qui ont la plus grande probabilité de succès au regard du contexte organisationnel dans les hôpitaux américains.	Mixte Enquête identifiant les pratiques hospitalières en lien avec la prévention des infections nosocomiales permettant la sélection de 14 hôpitaux pour l'étude qualitative par entretiens et visites de site. Etats-Unis	Pratiques de prévention de CLABSI (central line associated bloodstream infections)	Caractéristiques contextuelles (+ ou - en fonction des sites) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure : ressources (temps, capital humain) ; leadership</li> <li>• Politique : relations au sein de l'organisation (négociations, ralliement ou engagement des professionnels)</li> <li>• Culture : homogène, unifiée ou fragmentée (pas d'objectifs communs etc.)</li> <li>• Emotions (degré d'engagement et de passion pour l'organisation et sa mission)</li> </ul> (+) Stratégies de mise en place : forces extérieures (démarche collaborative) ; champions internes
(10) Burnett et al [2010]	Comprendre les modalités de préparation au niveau organisationnel pour identifier les conditions de succès des programmes d'amélioration de la sécurité du patient.	Mixte Enquête pour collecter des informations sur la préparation organisationnelle (41 réponses au sondage), permettant le recrutement d'un nombre de répondants aux entretiens qualitatifs (N=34) Royaume-Uni.	Les initiatives de sécurité du patient (SPI : Safer patients'initiative)	(+) Soutien des hauts dirigeants ; convivialité et aptitudes aux outils de SPI ; culture d'amélioration de la qualité et de la sécurité ; être capable de démontrer le succès ; soutien des infirmières ; niveau de leadership local ; compatibilité de SPI ; engagement des cliniciens ; soutien du management clinique ; structure de gestion des programmes dans l'organisation ; sélection de l'équipe initiale du programme ; ressources financières ; compréhension des outils et concepts de SPI par l'équipe ; communication et éducation avant le commencement du programme ; adéquation des processus et des systèmes existants ; indice global agrégé des forces et faiblesses

(11) Overeem et al. [2009]	Explorer les facteurs qui constituent incitations ou des freins pour mettre en œuvre des propositions d'amélioration de rétroaction à 360 degrés.	Mixte Pays Bas Questionnaire basés deux outils validés (l'examen des réalisations du médecin, « PAR », développé par Violato et al en 1997 et l'instrument de l'American Board of Internal Medicine) comme préalable à la sélection de 23 consultants (médecins chefs) sur 109 consultants évalués à l'aide de la rétroaction à 360 degrés pour réaliser des entretiens semi-structurés.	Méthode pour évaluer la performance des médecins : la rétroaction à 360 degrés (évaluation du rendement de diverses tâches)	(-) Facteurs culturels : liés à l'hôpital et au groupe de consultant (charge de travail ; aspects culturels tels que le manque d'ouverture et le manque de soutien social ; manque d'engagement de gestion) ; liés à l'organisation des soins de santé et facteurs sociétaux (concurrence sur le marché et financement des soins de santé ; méfiance du public) (+) Facteurs liés au feedback (culture de l'hôpital ; rétroaction positive ou négative) ; caractéristiques du système d'évaluation (soutien dans la réflexion) ; incitations à prendre des mesures (établissement d'objectifs concrets dans le plan de développement personnel ; compétences de l'animateur ; les évaluations annuelles) ; facteurs individuels (degré d'urgence perçue au changement ; la croyance en la capacité de changement).
(12) Newton et al. [2007]	Identifier les facteurs facilitateurs et les barrières à la mise en place de la méthode collaborative	Mixte Australie Méthode qualitative (observation participante ; réflexion journalisée ; entretiens avec des personnes clés) Méthode quantitative (suivi mensuel des performances de l'équipe en fonction d'indicateurs de performance prédéterminés)	La collaborative des soins chroniques (CCC)	(+) Avoir suffisamment de ressources (organisationnel) ; un fort soutien de la haute direction – fort leadership ; pressions liées au temps ; charge de travail des cliniciens ; créer des changements à petite échelle et réalisable en fonction d'un calendrier méthodologique  (-) Un manque de ressources ; un faible leadership ; pressions liées au temps ; charge de travail des cliniciens ; tenter de créer des changements qui sont à trop grande échelle et non réalistes/réalisables
(13) Muntlin et al. [2009]	Etudier les perceptions des médecins et des infirmières des perspectives et conditions préalables à l'amélioration de la qualité dans un service d'urgence.	Qualitative Suède 5 Focus Group uniprofessionnel : médecins de chirurgie générale, médecine interne, chirurgie orthopédique, infirmier IA, infirmier IAA. Au total, 22 répondants.	Amélioration de la qualité du service d'urgence	(+) Des soins plus centrés sur le patient ; la réduction des temps d'attente ; une meilleure gestion de la douleur. (-) Le patient est considéré comme un objet ou un problème ; les médecins et les infirmières appartiennent à des cultures organisationnelles différentes ; l'organisation de l'hôpital entrave la circulation optimale des patients et l'amélioration de la qualité
(14) Greenfield et al. [2011]	Etudier les facteurs qui ont façonné le développement d'initiatives interprofessionnelles d'amélioration dans une organisation de la santé.	Qualitative Australie Recueil de données provenant de notes de terrain ethnographique sur des débats, des réunions et des activités sur 111 projets d'amélioration interprofessionnelle.	Améliorer la pratique interprofessionnelle (PIP) à travers l'apprentissage interprofessionnel accru (IPL).	(+) La réceptivité du site (engagement organisationnel à l'apprentissage interprofessionnel et projet de la pratique interprofessionnelle ; le leadership (projets conduits par des champions ; difficulté à définir le but du projet ; évolution/changement du projet ; valider le modèle / pratique / évaluation par les pairs) ; l'impact des relations entre les professionnels de la santé (collaboration ; équipe de travail ; communication ; relation et confiance ; le moral ; l'intégration des possibilités d'apprentissage) ; l'impact des questions de qualité et de sécurité (qualité des soins ; sécurité des patients) ; dans quelle mesure les projets sont devenus institutionnellement intégrés (les activités officielles de l'amélioration de la qualité ; rôle de responsabilité) (-) les questions d'équipe (non volonté de mettre en œuvre l'idée proposée ; conflit entre les individus ou les services ; un soutien ambivalent pour le projet, l'intérêt diminué ; les exigences du travail en compétition)
(15) Jones et Jones [2011]	Explorer les perceptions du personnel dans une équipe interprofessionnelle basée sur un	Qualitative Royaume-Uni Etude ethnographique sur 12 mois : collecte et	Programme d'amélioration des services visant à réaliser un	(+) L'émergence de la confiance collégiale au sein de l'équipe ; Les réunions d'équipe, la sécurité participative et la sécurité des patients ; Les conflits et l'effet médiateur des objectifs communs ; La confiance et l'autonomie au sein de l'équipe.

	service de rééducation médicale pour les personnes âgées suite à l'introduction du programme d'amélioration.	analyse de données provenant de sources multiples : observation participante des tours de service et des réunions d'équipe hebdomadaires ; recueil des données d'observation documentaire de quatre ateliers du personnel ; entretiens semi-structurés avec 12 membres du personnel	meilleur travail d'équipe interprofessionnel.	
(16) Solberg et al. [2007]	Identifier les facteurs organisationnels importants dans la mise en œuvre des initiatives réussies d'amélioration de la qualité.	Qualitatif Etats-Unis Description d'«histoire» pour décrire les récits issus de ce processus qualitatif de collecte d'informations par 24 membres de grands groupes issus de multiples spécialités du CAPP (Conseil de responsabilité de la pratique des médecins). Au total 12 histoires issues de 8 groupes de pratiques médicales distinctes. Un groupe indépendant de 5 professionnels de santé avait ensuite pour mission d'identifier les facteurs ou éléments importants pour chaque histoire. 62 facteurs ont été identifiés recodés ensuite pour arriver à 17 facteurs. + consensus formalisé (enquête téléphonique) auprès de médecins leaders en qualité pour coter l'importance des facteurs sur une échelle de 1 à 4	12 initiatives réussies d'amélioration de la qualité dans une large gamme de pratiques médicales multi-spécialisées.	(+) Coordination des soins ; communication ; culture de la qualité ; diffusion des pratiques prometteuses ; médecine fondée sur les faits ; développement ou amélioration des systèmes d'information clinique ; approche innovante basée sur les besoins ; leadership ; l'apprentissage continu et développement de soutien pour mettre en place le changement ; partenariat avec d'autres organisations extérieures dans le but d'apporter un changement ; approche centrée sur les besoins du patient ; mesure de la performance et feedback ; gestion de projet ; utilisation des données pour conduire le changement ; ressources disponibles (financières et humaines) ; test des résultats ; conceptualiser/re-conceptualiser les systèmes opératoires et les structures.
(17) Bradley et al. [2003]	Définir les rôles et activités des dirigeants dans les efforts	Qualitative Etats-Unis Entretiens auprès de 45	Efforts visant à améliorer la prescription	(+) Engagement personnel de la direction (soutenir les efforts d'amélioration de la qualité au sein de l'hôpital et au niveau du conseil ; participation aux équipes de qualité ; diffusion des données de l'amélioration de la qualité) ; les relations avec le personnel clinique (compréhension des cadres

	d'amélioration et identifier des éléments clés de l'implication des managers nécessaires à la réussite des initiatives d'amélioration.	individus (personnel médical, infirmier, de gestion de qualité ou de l'assurance qualité, managers).	de bêta bloquants après infarctus aigu du myocarde (IAM).	supérieurs et la réactivité aux besoins des médecins ; la capacité du gestionnaire principal et la volonté de négocier avec le personnel médical ) Promotion d'une culture d'amélioration de la qualité (fixer des objectifs et la mesure dans laquelle l'amélioration de la qualité a été intégrée dans l'ensemble des objectifs organisationnels ; normes concernant la collaboration entre les départements et les disciplines ; l'innovation et la prise de risque au sein de l'organisation) ; soutien de l'amélioration de la qualité par les structures organisationnelles (des équipes multidisciplinaires axées sur les soins AMI ; des équipes des améliorations impliquées dans les instances de prise de décision centralisée dans les hôpitaux) ; acquisition de ressources de l'organisation pour les efforts d'amélioration de la qualité (adéquation des effectifs ; capacité du système de l'information)
(18) Brandrud et al. [2011]	Explorer l'apprentissage retiré de la participation à la collaboration (BTSC) par les professionnels et identifier les facteurs de réussite de l'amélioration continue de la qualité des soins grâce à la collaboration professionnelle	Qualitative Norvège 4 Focus Groups (groupe de discussion) avec 19 membres d'équipe (chefs d'équipes de qualité et autres membres de l'équipe (médecins, psychologues, infirmières etc.)	BTSC : programme d'apprentissage-action de 6 à 9 mois, qui regroupe 20 à 30 équipes cliniques de différentes organisations, dans nos hôpitaux cas, afin de chercher à améliorer la qualité (QI) sur un sujet donné.	(+) Informations (continues et fiables sur les meilleures pratiques, sur les pratiques actuelles, communiquer sur les systèmes de référence et les résultats) ; l'engagement (de la direction à toutes les étapes de pérennisation de l'action de QI, du patient et de sa famille dans toutes les étapes du travail d'amélioration, du personnel dans toutes les étapes des travaux d'amélioration, ancrer les changements dans l'environnement professionnel) ; infrastructures (Axer l'infrastructure sur la connaissance d'amélioration ; équipes d'amélioration multidisciplinaire ; système d'apprentissage adapté aux différents groupes cibles ; système pour faciliter le travail d'amélioration ; système de suivi pour assurer la viabilité).
(19) Dennis et al. [2000]	Examiner la manière dont les MCOs (organisations de gestions des soins) se sont réorganisés pour prendre leur responsabilité pour la qualité des soins et les services qu'ils fournissent. Quels sont les facteurs influençant les plans/programmes d'amélioration de la qualité et comment ils peuvent construire la capacité à améliorer la qualité ?	Qualitative Etats-Unis Entretien auprès de 8 chefs de la direction, 19 directeurs de la qualité et 15 directeurs médicaux	MCOs (Managed Care organisations)	(+) Organisations d'accréditations (NCQA, JCAHO) ; « Acheteurs publics » (Création d'un programme le QISMC_Quality Improvement System for Managed Care_ par le HCFA_ Health Care Financing administration) ; Adaptation de la structure organisationnelle QI (changement pour s'adapter aux demandes de QI : définition de nouveaux rôles par les directeurs de qualité etc.) ; Gestion des réseaux de professionnels (difficulté pour les accords contractuels entre les plans et leurs réseaux de fournisseurs à répondre aux demandes de QI) ; capacités techniques (Récolte d'informations et analyse ; mesure de la performance, développement des initiatives de QI ; profil de fournisseurs ; stratégies de QI) (-) Manque de consensus, de mesures incitatives efficaces sur la meilleure façon d'assurer la qualité dans les soins de santé ; Redondance (accumulation de réglementations redondantes imposant des ensembles d'applications différentes)
(20) Klopper-kes et al. [2010]	Quels sont les aspects de la coopération entre médecins et managers qui permettraient la mise en œuvre d'interventions dans le but d'améliorer la performance de l'hôpital	Etude qualitative Allemagne 30 entretiens approfondis, semi-structurés avec des médecins et des managers (chirurgiens ; internes ; administrateurs ; gestionnaires à des niveaux opérationnels et tactiques de l'hôpital) provenant de 5 hôpitaux	Approche coopérative entre médecins et managers	(-) Structures organisationnelles (manque de transparence dans les prises de décision et de l'accessibilité du management) ; facteurs culturels, cultures professionnelles différentes  (les différences de pouvoir, de statut, le manque de participation mutuelle, respect et la confiance ; manque de communication) ; Perception des activités de management ; de l'utilisation d'indicateurs de performance et des questions financières comme des banalités, et la non participation à ce titre à des initiatives de qualité.
(21) Luxford et al. [2011]	Etudier les facteurs organisationnels facilitants et les barrières liés aux soins centrés sur le patient pour améliorer l'expérience du patient	Qualitative Etats-Unis Entretien semi-structurés auprès 40 individus (chefs exécutants, directeurs de qualité, médecins hygiénistes en	Soins centrés sur le patient	(+) « Senior leadership » fort et engagé ; communication claire de la vision stratégique ; engagement actif des patients et des familles à l'institution ; attention particulière pour la satisfaction de l'équipe ; mesure active et retour d'information sur l'expérience du patient ; remaniement des ressources adéquates des soins délivrés ; renforcement des capacités du personnel ; responsabilité et motivation ; une culture très favorable au changement et à l'apprentissage.

		chef, directeurs administratifs, et représentants du comité des patients) provenant de 8 organisations de ayant une bonne réputation dans l'amélioration des soins centrés sur le patient, ou ayant une performance élevée dans les données d'expérience des soins des patients.		
(22) Berben et al. [2001]	Explorer facilitateurs et des barrières en matière de gestion de la douleur pour les patients traumatisés dans la chaîne des soins d'urgence	Qualitative Pays Bas 2 services ambulanciers d'EMS (Emergency Medical Services) et 3 EDs (Emergency Departments) (un centre de trauma académique, un hôpital universitaire, un hôpital général régional). 5 focus groups (avec les membres du personnel de gestion de la douleur actuelle) et 10 entretiens individuels (avec les intervenants et les gestionnaires de l'organisation)	Gestion de la douleur pour les patients traumatisés, dans la chaîne des soins d'urgence	<p>(+) La connaissance (sur la physiologie de la douleur, les nouveaux développements, et l'effet des traitements insuffisant ; l'évaluation de la douleur repose sur des instruments validés ; la communication professionnelle (feedback professionnel sur la gestion de la douleur) ; les aspects organisationnels (le modèle de rôle : le médecin urgentiste dans les départements d'urgence est un élément facilitant ; une ligne directrice sur la gestion de la douleur pour la chaîne des soins d'urgence) ; la contribution du patient.</p> <p>(-) la connaissance (lacunes dans les connaissances sur la gestion adéquate de la douleur ; évaluation de la douleur sur la base de l'opinion d'experts ; traitement de la douleur sur la base de l'expérience, et non sur les protocoles ; la peur des effets indésirables des opioïdes lors de l'administration) ; l'attitude (la douleur n'est pas une menace vitale pour le patient ; la douleur fait « partie du jeu » et est une priorité mineure dans les soins de traumatologie ; résistance à utiliser des évaluations de la douleur validées ; des doutes sur la validité de l'expérience de la douleur des patients ; la douleur ne doit pas influencer le choix du traitement des blessures) ; la communication professionnelle (communication multidisciplinaire inadaptée sur la douleur) ; les aspects organisationnels (le feedback organisationnel est manquant ; le protocole national analgésique des EMS est inadéquat ; l'évaluation de tri et l'évaluation de la douleur aux urgences sont intimement liées, les scores élevés de douleur résultent des résultats de tri aux urgences inadéquats ; pas de consensus partagé sur les perspectives de management de la douleur ; manque de suivi dans la chaîne des soins d'urgence ; la culture dans les départements d'urgence n'est pas centré principalement sur le confort des patients ; modèle de rôle : le chirurgien est principalement centré sur le traitement des blessures) ; la contribution du patient (le patient refuse le traitement pharmacologique de la douleur)</p>
(23) Hoff et al [2011]	Cet article examine le rôle que des facteurs organisationnels, tels que le leadership et la culture, jouent dans l'efficacité de la politique de CMS comme des pilotes de l'amélioration de la qualité (QI) en milieu hospitalier.	Qualitative USA 36 préventionnistes des infections travaillant dans 36 hôpitaux différents ont participé aux entretiens. Ces hôpitaux été localisés dans 24 États.	Politique de CMS	<p>(+) Les trois facteurs organisationnels reçoivent un soutien fort en tant que médiateurs entre la politique de CMS et son rôle en tant que pilote QI dans le milieu hospitalier : la présence d'un département dynamique de contrôle des infections (un département dans lequel le personnel "a joué le rôle de détective" ; des niveaux significatifs de l'intégration entre le département de contrôle des infections et des activités formelle de QI survenant dans l'hôpital ; un département de contrôle des infections «légitimé» au sein de l'hôpital) ; une attention des hauts dirigeants au contrôle des infections ; la participation des prestataires cliniques aux des activités de contrôle des infections.</p> <p>(-)Trois dynamiques qui modèrent le rôle joué par la dynamique organisationnelle dans l'amélioration de la reconnaissance, l'acceptation et l'importance de la politique de CMS en tant que pilote de QI : Questions relatives aux ressources ; Divergences de codage ; Besoins surveillance existants</p>

---

## **ANNEXE 3**

### ***Schéma du recueil des données***

## ACTEURS INSTITUTIONNELS

## SERVICE

### Recueil d'éléments contextuels (OUTIL 1)

Sur le dispositif de gouvernance et le système de management des risques

#### Qui ?

L'équipe du CCECQA

#### Comment ?

Consultation de documents mis à disposition par le responsable du projet

#### Où ?

Dans une salle de l'établissement

**Combien de temps ?** 2-3h

### Entretiens individuels semi-directifs auprès d'acteurs institutionnels (OUTIL 2\*)

Sur les facteurs influençant l'état d'avancement des actions de gestion des risques liés aux soins

#### Qui ?

Un sociologue du CCECQA auprès de 5 acteurs institutionnels :

- *Directeur d'établissement*
- *Directeur qualité/GDR*
- *Directeur des soins infirmiers*
- *Coordonateur de la gestion des risques associés aux soins*
- *Président de la Commission Médicale d'Établissement ou de la Conférence Médicale d'Établissement*

#### Comment ?

Entretiens individuels semi-directifs.

**Où ?** Dans une salle de l'établissement.

**Combien de temps ?**  
Entre 45 et 60 min.

### Recueil de données factuelles sur l'action en cours sur l'infection sur Cathéter Veineux Périphérique (CVP) (OUTIL 3)

Afin d'appréhender l'avancement « réel » des services

#### Qui ?

Un sociologue accompagné d'un médecin du CCECQA, et 3 personnes de l'établissement:

- *Une personne de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH)*
- *Le qualicien ou gestionnaire des risques de l'établissement*
- *Les deux correspondants des services concernés*

#### Comment ?

Un entretien collectif

**Où ?** Dans une salle de l'établissement

**Combien de temps ?**  
1h30

### Recueil d'éléments contextuels (OUTIL 4)

#### Observations

Sur l'organisation du service et les pratiques en lien avec l'action en cours

#### Qui ?

L'EOHH

#### Comment ?

Observation directe à l'aide d'une grille d'observation

#### Où ?

Dans les deux services de l'établissement concernés par l'action sur l'infection sur CVP

#### Combien de temps ?

2 visites par semaine dans chacun des deux services pendant quatre semaines.  
La durée de chaque visite a été estimée à 1 heure.

*La durée totale des visites dans l'établissement (8 visites dans chacun des services, soit 16 visites au total) est estimée à 16 heures.*

### Entretiens individuels semi-directifs auprès des professionnels de santé du service (OUTIL 2\*)

Sur les facteurs influençant l'état d'avancement des actions de gestion des risques liés aux soins

#### Qui ?

Un sociologue du CCECQA auprès de 5 professionnels de santé par service (soit 10 au total pour l'établissement)

- Le chef de service
- 1 médecin
- Le cadre de santé
- 2 IDE

#### Comment ?

Entretiens individuels semi-directifs

#### Où ?

Dans une salle de l'établissement

#### Combien de temps ?

Entre 45 et 60 min par entretien.

---

## **ANNEXE 4**

### **Grille de recueil d'informations sur la gouvernance et le système de gestion des risques**



## RECUEIL DE DONNEES FACTUELLES SUR LE SYSTEME DE GOUVERNANCE ET L'ORGANISATION DE LA GESTION DES RISQUES



## Outil n°1 - L'analyse des documents sur site

Il est demandé au responsable du projet local de l'établissement dans le cadre de la préparation de notre visite, de recenser un ensemble de documents. La liste de ces documents est communiquée ci-dessous.

### Objectifs

- Obtenir des informations sur la gouvernance de l'établissement;
- Obtenir des informations sur l'organisation et le processus de gestion des risques.

### Qui ?

- Un médecin et deux psychosociologues du CCECQA, le responsable du projet local ;
- Prévoir une sollicitation possible des professionnels de l'établissement responsables de ces sources d'informations afin d'obtenir des renseignements complémentaires.

### Où ?

- Dans une salle réservée où les documents préparés sont mis à disposition de l'équipe.

### Quand ?

- Au début du recueil des données (mars 2013).

### Comment ?

- Consultation sur site des documents préparés et mis à disposition par le responsable du projet local ;
- Liste des documents :
  - Compte rendu de la dernière certification
  - Politique de l'établissement (CPOM)
  - Programme actuel d'actions qualité et gestion des risques
  - Bilan annuel 2012 de la gestion des risques
  - Organigramme de l'établissement, schéma des structures dédiées à la gestion des risques
  - Programme de formation de l'établissement
  - Bilan annuel 2012 de la formation
  - Architecture du système d'information pour la gestion des risques

# 1. IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

<p>(1) Nom de l'établissement :</p> <p>(2) Responsable du projet local :</p> <p>(3) Autres personnes sollicitées :</p> <p>(4) Taille de l'établissement</p> <p>(5) Nombre de lits :</p> <p>(6) Nombre de places :</p>		<p>(7) Date    __ / __ / ____</p> <p>Heure de début : __h__</p> <p>Heure de fin : __h__</p> <p>Durée :</p>	
---	--	--	--

(8) Activité hospitalière	Méd.	Chir.	Chir. Esth.	Gyné.O bst	Psy infant	Psy Gale	SSR	SLD	Dial	HAD
	<input type="checkbox"/>									

(9) Catégorie d'établissement <i>(classification Platine)</i>	Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC)	Grand CH (centre hospitalier et établissement privé à but non lucratif et équipés d'au moins 300 lits et places en MCO)	Petit CH (centre hospitalier et établissement privé à but non lucratif et équipés de moins de 300 lits et places en MCO)	Grandes cliniques (cliniques privées équipées d'au moins 100 lits et places en MCO)	Petites cliniques (cliniques privées équipées de moins de 100 lits et places en MCO)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. HAS CERTIFICATION

**Document** : Dernier compte rendu de certification

**Personnes ressources** : Directeur Qualité/GDR

(10) Date de la visite des experts visiteurs pour la dernière procédure de certification ?    \_\_/\_\_/\_\_\_\_

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Commentaires</b>
(11) Lors de la dernière procédure de certification, l'établissement a-t-il eu une (ou des) réserve(s) / recommandation(s) sur la gestion des risques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... ..... .....

(12) ... spécifique au risque infectieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
--	--------------------------	--------------------------	-------------------------

### 3. POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES

**Documents** : Politique de l'établissement (CPOM), politique de gestion des risques

**Personnes ressources** : Directeur Gestion des risques/gestionnaire des risques

	OUI	NON	Commentaires
(13) La gestion des risques figure clairement dans la politique de l'établissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
(14) La direction de l'établissement formule clairement ce qui est attendu des professionnels en ce qui concerne la gestion des risques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
(15) La direction de l'établissement contrôle la mise en œuvre des actions de gestion des risques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
(16) Quels sont les axes prioritaires pour la gestion des risques ?			..... ..... .....

## 4. PROGRAMME DE GESTION DES RISQUES

**Document** : Programme de gestion des risques

**Personnes ressources** : Directeur Gestion des risques/gestionnaire des risques

*Un programme de gestion des risques comprend des objectifs (quantifiés), des composantes (ce qui va être mis en œuvre), des actions pour chacune des composantes (comment cela va être mis en œuvre), les ressources allouées.*

	OUI	NON	Commentaires
(17) Existe-t-il un programme de gestion des risques formalisé (vérifier l'inscription des objectifs, des moyens, des composantes, et des activités)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
(18) Sous quelle forme ? (tableaux etc.)			..... .....
(19) Est-ce que la maîtrise des risques infectieux en fait partie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....

## 5. STRUCTURES POUR LA GESTION DES RISQUES

**Documents** : organigramme, schéma des structures dédiées ou impliquées dans la gestion des risques

**Personnes ressources** : Directeur Gestion des risques/gestionnaire des risques

Rechercher les quatre types de structures dédiées à la gestion des risques possible : comité de pilotage, structure de management, structure opérationnelle, réseau de correspondants ou de référents au niveau du pôle ou du service.

	OUI	NON	Commentaires
(20) L'établissement a-t-il des structures dédiées à la gestion des risques ? (vérifier la clarté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
(21) Si oui, lesquelles?			

## 6. PROCESSUS DE GESTION DES RISQUES

**Document** : Bilan annuel de la gestion des risques

**Personnes ressources** : Directeur Gestion des risques/gestionnaire des risques

Un processus de gestion des risques comprend plusieurs étapes qui visent à identifier et à analyser les risques, puis à réduire les risques afin de les rendre acceptables. Enfin, la dernière étape consiste à suivre l'évolution de ces risques et à communiquer sur les résultats obtenus.

(22) L'établissement a-t-il formalisé un processus de gestion des risques ?	OUI	NON	Commentaires
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
			.....
			.....
(23) Quelles sont les étapes de la démarche de gestion des risques ?			.....
			.....
			.....
			.....
			.....
			.....

## 7. FORMATION DU PERSONNEL

**Documents** : programme de formation de l'établissement, bilan de formation 2012

**Personnes ressources** : Responsable de la formation continue

	OUI	NON	Commentaires
(24) Les professionnels de santé suivent-ils au moins une session de formation par an pour le développement de leurs compétences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
(25) Existe-t-il un programme de formation en gestion des risques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
(26) Quels sont les axes de formation prioritaires ?			..... ..... ..... .....
(27) Quels sont ceux en lien avec la gestion des risques parmi ceux-ci ?			..... ..... .....

(28) Combien de professionnels ont été formés à la gestion des risques en 2012 ?

.....  
.....

(29) Quels sont les publics visés ?

.....  
.....  
.....  
.....

## 8. RESSOURCES ALLOUEES POUR LA GESTION DES RISQUES

*Documents : Politique de l'établissement + programme de gestion des risques*

*Personnes ressources : Directeur qualité/GDR*

(30) L'établissement alloue t-il des ressources spécifiques à la gestion des risques ?

OUI

NON

Commentaires

.....  
.....  
.....

## 9. INDICATEURS

**Documents** : Programme d'action de la gestion des risques, bilan d'activité de la gestion des risques 2012

**Personnes ressources** : Directeur qualité/GDR

	OUI	NON	Commentaires
(31) Des indicateurs d'évaluation sont-ils formalisés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....
(32) Les objectifs 2012 ont-ils été atteints ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....

## 10. SYSTEME D'INFORMATION POUR LA GESTION DES RISQUES

**Documents** : Architecture du système d'information de la gestion des risques

**Personnes ressources** : Directeur qualité/GDR

Le **système d'information** (SI) est un ensemble organisé de ressources (matériels, logiciels, données, etc.) qui permet de collecter, regrouper, classer, rendre disponible et diffuser l'information en lien avec la gestion des risques.

	OUI	NON	Commentaires
(33) L'établissement dispose t-il d'un système d'information pour la gestion des risques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....

## 11. COMMUNICATION DE LA VISION STRATEGIQUE DE LA GESTION DES RISQUES

**Documents** : CPOM, Annexe Qualité (voir doc HAS)

**Personnes ressources** : Questions aux différents acteurs institutionnels et aux professionnels de santé des services que nous rencontrerons en entretien

(34) Y a-t-il une politique de diffusion des différents documents formalisés pour la gestion des risques ?	OUI	NON	Commentaires
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
			.....
			.....
			.....
			.....
			.....

Documents :

	OUI	NON
• (35) politique gestion des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• (36) programme gestion des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• (37) plan d'actions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• (38) cartographie des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. CAPACITE DE LA DIRECTION A GRATIFIER : POLITIQUE D'INCITATION OU DE RECOMPENSES

**Documents :** Politique de l'établissement, programme de gestion des risques

**Personnes ressources :** Directeur de la gestion des risques

	OUI	NON	Commentaires
(39) La direction propose-t-elle une incitation financière individuelle (notation dans le cadre de l'évaluation de certaines catégories de personnels) ou collective (notamment contrats de pôle) pour le personnel qui s'engage dans des actions de gestion des risques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... ..... .....

## 13. DEMARCHE ACTIVE D'ENGAGEMENT DES PATIENTS

**Document :** Politique de l'établissement

**Personnes ressources :** Directeur de la gestion des risques

	OUI	NON	Commentaires
(40) Existe-t-il une démarche active d'engagement des patients, des représentants d'usagers et associatifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... ..... .....



---

## **ANNEXE 5**

***Guide d'entretien pour les acteurs institutionnels***

***Guide d'entretien pour les professionnels de santé***

## GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL : **ACTEURS INSTITUTIONNELS**

Sur les facteurs influençant l'état d'avancement des actions de gestion des risques liés aux soins  
(en général, et plus précisément sur l'infection sur CVP)



## Les entretiens individuels

### Objectifs

- Etudier les perceptions, les représentations et connaissances que les personnes ont des programmes de gestion des risques en général, puis de l'action sur les CVP en particulier, des leviers à sa mise en place et à son avancement. Mieux connaître leurs pratiques professionnelles quotidiennes associées.

### Qui

- Auprès de 4 acteurs institutionnels au niveau de l'établissement:
  - Directeur d'établissement
  - Directeur/responsable gestion des risques / Directeur des soins
  - Coordinateur de la gestion des risques associés aux soins
  - Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou de la Conférence Médicale d'Etablissement

### Où

- Dans une salle disponible

### Quand

- Entretiens programmés dans le calendrier de la visite, en fonction des disponibilités des différents acteurs.

## **Durée**

- Environ 45 minutes

## **Comment**

- Des entretiens individuels semi-directifs, à l'aide d'un guide d'entretien
- L'objectif des conducteurs d'entretien est d'encadrer la discussion entre le sociologue et la personne interviewée. Cet outil doit être considéré comme un support ouvert et adaptable. Les questions ne sont pas exhaustives et doivent être considérées comme un point d'ancrage à la discussion.
- Les professionnels de santé devront également répondre à des questions complémentaires (cf.p 18 ou 21).
- A la suite à l'entretien, un questionnaire sera remis aux personnes interviewées. Ces derniers devront ensuite le remettre au correspondant du service.

Phases de l'entretien	Questionnements
<p><b>Phase I :</b>  <i>Freins et facilitateurs à l'avancement d'une action en gestion des risques <u>en général</u></i></p> <p><i>Perception des freins et leviers par rapport à l'état d'avancement de l'action (qu'ils connaissent, puis en cours sur l'action sur CVP).</i></p>	<p>→ Pouvez-vous nous donner 3 ou 4 éléments clefs pour évoquer la démarche qualité et gestion des risques de votre établissement ? (Eléments informels ... un fait marquant qui a impulsé une démarche, un leadership etc... / préciser éléments hors documents, à savoir organigramme etc..)</p> <p>→ Pour vous, quels sont les freins et les leviers à l'état d'avancement des actions de gestion des risques au sein de votre établissement ? Pouvez-vous l'illustrer à partir d'un ou deux exemples d'actions dont vous connaissez bien l'état d'avancement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A votre avis, qu'est-ce qui freine (principalement) l'état d'avancement de ces actions?</li> <li>✓ A votre avis, qu'est-ce qui favorise (principalement) l'état d'avancement de ces actions de gestion des risques ?</li> <li>✓ Quels sont, selon vous, les leviers nécessaires pour qu'une action de gestion des risques puisse aller de l'avant?</li> </ul>

**Phase II :**

*Freins et leviers  
« spontanés » à  
l'avancement  
des actions de  
gestion des  
risques en lien  
avec le CVP.*

- Pouvez-vous nous donner les éléments clés de la politique des risques infectieux au sein de l'établissement et des actions concernant les risques infectieux liés aux CVP ?
- Pour vous, quels sont les freins et les leviers à l'état d'avancement des actions que vous avez menées (ou observées) sur le risque infectieux sur CVP ?

**La culture de sécurité :**

***Vous venez d'évoquer un certain de nombre de freins et de leviers à l'état d'avancement des actions de GdR. Nous souhaitons avoir votre avis sur un autre élément (potentiellement frein et/levier). Il s'agit de la culture de sécurité.***

***Rapidement, qu'est-ce que vous évoque ce terme ?***

*Définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (European Society for Quality in Health Care) : un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais*

*Culture de  
sécurité : état  
d'esprit et  
comportements  
favorables à la  
qualité des soins*

*aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins.*

***Positionnez votre établissement par rapport à une des 5 phrases suivantes en matière de risques liés aux soins ?***

- A. Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins ?
- B. Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un accident.
- C. Nous avons des systèmes en place pour gérer tous les risques identifiés.
- D. Nous sommes toujours en alerte, nous avons à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.
- E. La gestion de la sécurité des soins est intégrée à chacune de nos activités.

→ Est-ce que les comportements sont favorables à la sécurité des soins au sein de votre établissement ?

*Questions de relance :*

- Quelle est votre perception globale de la sécurité des soins au sein de votre établissement ?
- *La sécurité des soins n'est-elle pas négligée pour un rendement plus important ?*
- *Le fonctionnement et les procédures des services permettent de prévenir la survenue de risques ?*

→ Que pensez-vous du management de l'établissement pour la sécurité des soins ?

*Questions de relance :*

- *La direction de l'établissement instaure t'elle un climat de travail qui favorise la sécurité des soins ?*
- *La direction ne s'intéresse t'elle pas à la sécurité des soins qu'après qu'un événement indésirable se soit produit ?*

- Il y a-t-il un soutien des supérieurs hiérarchiques directs quant à la sécurité des soins (référents qualité par exemple) ? Comment cela s'organise t-il (temps dédié, formation, compétences, identification, etc.) ?
- Les ressources humaines sont-elles adaptées à une bonne sécurité des soins au sein de votre établissement ?  
*Pensez-vous que l'établissement se donne les moyens en termes de ressources humaines pour assurer une bonne sécurité des soins ?*
- Toutes les catégories de personnels sont-elles encouragées à signaler les événements indésirables au sein de l'établissement ? Le personnel s'exprime t-il librement ? Dans les faits, qu'en est-il ?
- Les professionnels ont-ils des retours d'information sur les actions mises en place ? Participent-ils à l'élaboration de solutions ?
- Que pensez-vous du travail d'équipe dans les services, par rapport à la sécurité des soins ?
- Et, que pensez-vous du travail entre les services de l'établissement ?

***On a évoqué ensemble un certain nombre d'éléments qui ont trait à la culture de sécurité des soins. Au sein des services, la culture de sécurité peut être plus ou moins développée.***

→ Dans quelle mesure pensez-vous qu'elle a un impact sur l'état d'avancement des actions en cours ? Quel impact (freinant/facilitant) ? Pourquoi ?

*Nous souhaitons à présent aborder avec vous un autre élément qui pourrait avoir un impact sur l'état d'avancement des actions de GdR.*

### **L'acceptabilité du risque associé aux soins :**

*Définition : L'acceptabilité des risques associés aux soins peut être définie comme la perception plus ou moins favorable qu'a un individu lorsqu'il est confronté à une situation clinique néfaste consécutive à des soins. Elle résulte d'une part de son évaluation des activités de soins, de leurs risques et de la politique de gestion de ces risques ; d'autre part, des normes et valeurs associées, véhiculées par le groupe social auquel il appartient.*

#### **Si blocage :**

*Une infection sur CVP (ou tout autre action néfaste consécutive à un soin) peut s'avérer plus ou moins acceptable pour les professionnels des services (en fonction d'un certain nombre de paramètres tels que l'âge du patient, l'évitabilité, la gravité etc.) ainsi que pour les acteurs institutionnels de l'établissement.*

→ Que pensez-vous du risque infectieux sur CVP ? Est-ce que vous pensez que c'est un risque acceptable ? Pourquoi ? Qu'est-ce que cela vous évoque ? Qu'en pensez-vous ?

→ Pensez-vous que le degré d'acceptabilité de ces situations à risque par l'équipe de direction puisse influencer la mise en place et/ou l'avancement des actions sur CVP ? Et par les professionnels de santé ?

**→ Faire le point sur les catégories de facteurs évoqués et relancer avec ceux de la liste suivante (issue de la littérature) :**

*Prendre deux minutes en aparté pour faire le point et les reporter dans notre feuille imprimée.*

*Rester assez général pour éviter les réponses OUI/NON et de trop induire les réponses.*

**Facteurs externes** : la certification, la multiplicité des dispositifs de surveillance et des réglementations

**Gouvernance**: inscription de la qualité dans la politique de l'établissement et engagement de la direction à toutes les étapes (ou engagement limité car autres objectifs prioritaires), récompenses dont incitations financières, démarche d'implication de l'ensemble des acteurs dans les instances décisionnelles (équipe qualité, CME et instances ad hoc, patients, représentants d'usagers et associatifs), communication de la vision stratégique, manque de transparence dans les prises de décision, d'accessibilité du management,

**Systeme de management de la qualité des soins**

Engagement de la direction qualité, une équipe et des postes clairement définis, ressources dédiées, formation des professionnels de terrain, ergonomie des outils de gestion des risques (système d'information qualité), système de suivi

des actions (évaluation en amont des forces et faiblesses, mesure de l'impact), maturité (degré de développement) du système de management de la qualité, la bonne structuration des actions de gestion des risques (calendrier, moyens, rôle), communication et mise en réseau des acteurs concernés par les actions de gestion des risques (professionnels de santé, usagers, personnel administratif)

**Organisation du travail**

La collaboration entre services ; le retour d'information sur la performance des équipes ; l'organisation (élaboration, diffusion, et appropriation) des recommandations et protocoles de pratique professionnelle ; la formation au travail en équipe ; la capacité à innover pour l'amélioration des soins, l'intégration des actions de gestion des risques dans l'organisation existante.

**Culture**

Culture qualité, sécurité, culture organisationnelle de groupe (normes et valeurs associées à l'affiliation humaine, le travail en équipe, et la participation), rationnelle (centrée sur l'efficacité et l'atteinte des résultats)

**Patient empowerment** : implication, éducation et information du patient

**Structurel** : exemple situation budgétaire

## GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL : **PROFESSIONNELS DE SANTE DU SERVICE**

Sur les facteurs influençant l'état d'avancement des actions de gestion des risques liés aux soins  
(en général, et plus précisément sur l'infection sur CVP)



## Les entretiens individuels

### Objectifs

- Etudier les perceptions, les représentations et connaissances que les personnes ont des programmes de gestion des risques en général, puis de l'action sur les CVP en particulier, des leviers à sa mise en place et à son avancement. Mieux connaître leurs pratiques professionnelles quotidiennes associées.

### Qui

- Auprès de 6 professionnels de santé par service (soit 12 au total):
  - Le Chef de service
  - 1 Médecin
  - Le Cadre de santé
  - 2 IDE

### Où

- Dans une salle disponible

### Quand

- Entretiens programmés dans le calendrier de la visite, en fonction des disponibilités des différents acteurs.

### Durée

- Environ 45 minutes

## Comment

- Des entretiens individuels semi-directifs, à l'aide d'un guide d'entretien.
- L'objectif des conducteurs d'entretien est d'encadrer la discussion entre le sociologue et la personne interviewée. Cet outil doit être considéré comme un support ouvert et adaptable. Les questions ne sont pas exhaustives et doivent être considérées comme un point d'ancrage à la discussion.
- Les professionnels de santé devront également répondre à des questions complémentaires (cf.p 18 ou 21).
- A la suite à l'entretien, un questionnaire sera remis aux personnes interviewées. Ces derniers devront ensuite le remettre au correspondant du service.

Phases de l'entretien	Questionnements
<p><b>Phase I :</b> <i>Freins et facilitateurs à l'avancement d'une action de gestion des risques <u>en général</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Quels types d'actions de gestion des risques ont été menés ces trois dernières années dans votre service?</li> <li>→ Pour vous, quels sont les freins et les leviers à l'état d'avancement de ces actions? <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A votre avis, qu'est-ce qui freine (principalement) l'état d'avancement de ces actions?</li> <li>✓ A votre avis, qu'est-ce qui favorise (principalement) l'état d'avancement de ces actions de gestion des risques ?</li> <li>✓ Quels sont, selon vous, les leviers nécessaires pour qu'une action de gestion des risques puisse aller de l'avant?</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Phase II :</b> <i>Focus sur l'action en cours. Repérer comment ils se situent par rapport à cette action, ce qu'ils en pensent.</i></p> <p><i>Freins et leviers « spontanés ».</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <i>Demander une rapide description de l'action en cours dans le service.</i></li> <li>→ Pouvez-vous nous décrire l'action de lutte sur l'infection sur CVP en cours dans votre service ?</li> <li>→ Comment avez-vous eu connaissance de cette action ?</li> <li>→ Connaissez-vous son état d'avancement ? Pouvez-vous nous en parler ? Qu'en pensez-vous</li> <li>→ <i>Si discordance ou méconnaissance : description de notre part de l'action en cours au sein du service.</i></li> </ul>

- Comment vous situez-vous par rapport à cette action ?
  - Dans quelle mesure participez-vous à cette action au sein de votre service ?
- Qu'est-ce qui, selon vous, facilite l'état d'avancement de cette action ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui, selon vous, freine l'état d'avancement de cette action ? Pourquoi ?

### **La culture de sécurité :**

***Vous venez d'évoquer un certain nombre de freins et de leviers à l'état d'avancement des actions de GdR. Nous souhaitons avoir votre avis sur un autre élément (potentiellement frein et/levier). Il s'agit de la culture de sécurité.***

#### **→ Rapidement que vous évoque la culture de sécurité?**

*Définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (European Society for Quality in Health Care) :*

*La culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins.*

*Culture de sécurité :*  
*état d'esprit et*  
*comportements*  
*favorables à la*  
*qualité des soins*

#### **→ Positionnez votre service par rapport à une des 5 phrases suivantes en matière de risques liés**

	<p><b>aux soins ?</b></p> <p>F. Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins ?</p> <p>G. Nous prenons la sécurité des soins au sérieux et nous agissons face à un accident.</p> <p>H. Nous avons des systèmes en place pour gérer tous les risques identifiés.</p> <p>I. Nous sommes toujours en alerte, nous avons à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir.</p> <p>J. La gestion de la sécurité des soins est intégrée à chacune de nos activités.</p>
	<p>→ Est-ce que les comportements sont favorables à la sécurité des soins au sein de votre service ?</p> <p><i>Questions de relance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La sécurité des soins n'est-elle pas négligée pour un rendement plus important ?</i></li> <li>- <i>Le fonctionnement et les procédures des services permettent de prévenir la survenue de risques ?</i></li> </ul> <p>→ Que pensez-vous du management de l'établissement pour la sécurité des soins ?</p> <p><i>Questions de relance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La direction de l'établissement instaure t'elle un climat de travail qui favorise la sécurité des soins ?</i></li> <li>- <i>La direction ne s'intéresse t'elle pas à la sécurité des soins qu'après qu'un événement indésirable se soit produit ?</i></li> </ul> <p>→ Existe-t-il un soutien des supérieurs hiérarchiques directs quant à la sécurité des soins (référents qualité par exemple) ? Comment cela s'organise t-il ? Qu'en pensez-vous ?</p>

- Pensez-vous que l'établissement se donne les moyens en terme de ressources humaines pour assurer une bonne sécurité des soins ?
- Toutes les catégories de personnels sont-elles encouragées à signaler les événements indésirables au sein de votre service ? Le personnel s'exprime t-il librement ?
- Les professionnels ont-ils des retours d'information sur les actions mises en place ? Participent-ils à l'élaboration de solutions ?
- Que pensez-vous du travail d'équipe dans les services, par rapport à la sécurité des soins ?
- Et que pensez-vous du travail entre les services de l'établissement ?

***On a évoqué ensemble un certain nombre d'éléments qui ont trait à la culture de sécurité des soins. Au sein des services, la culture de sécurité peut être plus ou moins développée.***

- Dans quelle mesure pensez-vous qu'elle a un impact sur l'état d'avancement des actions en cours ? Quel impact (freinant/facilitant) ? Pourquoi ?**

***Nous souhaitons à présent aborder avec vous un autre élément qui pourrait avoir un impact sur l'état d'avancement des actions de GdR.***

## **L'acceptabilité du risque :**

→ **Qu'est-ce que cela vous évoque ? Qu'en pensez-vous?**

*Définition : L'acceptabilité des risques associés aux soins peut être définie comme la perception plus ou moins favorable qu'a un individu lorsqu'il est confronté à une situation clinique néfaste consécutive à des soins. Elle résulte d'une part de son évaluation des activités de soins, de leurs risques et de la politique de gestion de ces risques ; d'autre part, des normes et valeurs associées, véhiculées par le groupe social auquel il appartient.*

### **Si blocage :**

*Une infection sur CVP (ou tout autre action néfaste consécutive à un soin) peut s'avérer plus ou moins acceptable pour les professionnels des services (en fonction d'un certain nombre de paramètres tels que l'âge du patient, l'évitabilité, la gravité etc.) ainsi que pour les acteurs institutionnels de l'établissement.*

→ Que pensez-vous du risque infectieux sur CVP ? Y avez-vous déjà été confronté ?

→ Est-ce que vous pensez que c'est un risque acceptable ? Pourquoi ?

→ Pensez-vous que le degré d'acceptabilité de ces situations à risque par les professionnels de santé puisse influencer la mise en place et/ou l'avancement des actions sur CVP ?

→ **Faire le point sur les catégories de facteurs évoqués et relancer avec ceux de la liste suivante (issue de la littérature)**

*Prendre deux minutes en aparté pour faire le point et les reporter dans notre feuille imprimée.*

*Rester assez général pour éviter les réponses OUI/NON et de trop induire les réponses.*

**Gouvernance** : leadership qualité

**Organisation du travail** : charge de travail importante, réunions d'équipe et travaux participatifs (liés à la sécurité par exemple), manque de coordination, implication des professionnels dans les prises de décision, existence de protocoles et de recommandations de bonnes pratiques

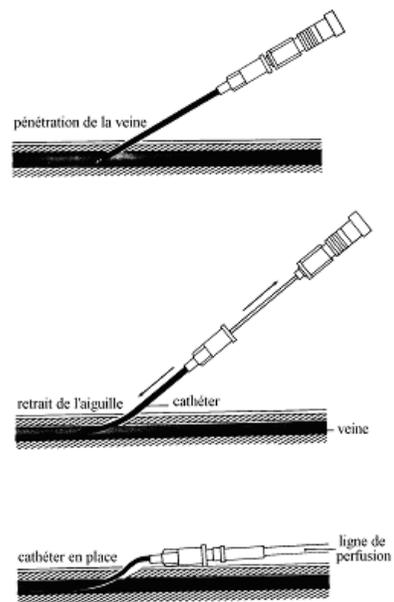
**Interactions professionnelles** : collégialité et collaboration entre les professionnels (esprit d'équipe), soutien entre professionnels et de la hiérarchie, climat de confiance entre professionnels, avec les patients, engagement dans les activités d'amélioration/ manque de communication, d'objectifs communs, conflits

**Facteurs psychologiques, individuels** : l'expérience professionnelle, manque de connaissances/compétences, de motivation à s'engager, à évaluer et connaître les résultats, résistance au changement/ croyance en la capacité de changement, stress professionnel, sentiment de solitude face à des dysfonctionnements organisationnels, banalisation (déli de la réalité, du vécu du patient), manque d'engagement émotionnel pour délivrer des soins de qualité.

---

## **ANNEXE 6**

### ***Questionnaire sur l'organisation de la gestion des risques auprès des professionnels de santé des services***



**QUESTIONNAIRE «SYSTEME DE MANAGEMENT DU RISQUE INFECTIEUX AU NIVEAU LOCAL »**

## MEDECINS, IDE (HORS ENCADREMENT)

Questions	Réponses	Commentaires
<p>(1) Les attentes en termes d'objectifs et de comportements vis-à-vis de la maîtrise des risques infectieux en général sont-elles rappelées régulièrement par l'encadrement et le référent ?</p> <p>(2) Si oui, indiquer la fréquence :</p> <p>Au moins 1 fois/mois <input type="checkbox"/></p> <p>Au moins 1 fois/trimestre <input type="checkbox"/></p> <p>Au moins 1 fois/semestre <input type="checkbox"/></p> <p>Au moins 1 fois/an <input type="checkbox"/></p> <p>Moins d'1 fois/anv <input type="checkbox"/></p>	<p><b>OUI NON</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>(3) Existe-t-il un groupe de travail sur les risques infectieux associés aux CVP ? Si oui, indiquez à quel niveau (établissement, pôle, service, unité de soins).</p> <p>(4) Est-ce qu'un professionnel du pôle ou du service participe à ce groupe de travail ?</p>	<p><b>OUI NON</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Question à poser s'il existe un plan d'actions pour les risques infectieux 2012 :</b></p> <p>(5) Avez-vous connaissance du plan d'actions pour les risques infectieux associés aux dispositifs invasifs pour l'année 2012 ?</p>	<p><b>OUI NON</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

(6) Avez-vous connaissance des objectifs de prévention quantifiés de ce plan d'action ?		
<b>Y a t il une surveillance épidémiologique des infections sur CVP dans votre service ?</b>	<b>OUI NON</b>	
(7) Y participez-vous ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(8) En quoi consiste exactement votre participation ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(9) De quel type d'outil s'agit-il (outil local) ?	..... ..... .....	
<b>A poser aux IDE :</b>	<b>OUI NON</b>	
(10) Avez-vous suivi une formation <u>au cours des 12 derniers mois</u> sur les soins réalisés avec des voies veineuses ET abordant la prévention des risques infectieux associés aux CVP ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(11) Quelles sont les sources d'information disponibles au sein du service sur les risques infectieux associés aux CVP ?	..... .....	
(12) Quelles sont celles que vous utilisez ?	..... .....	
(13) Avant la pose d'un CVP, donnez-vous au patient des informations sur les risques infectieux associés aux soins et leur prévention ?	<b>OUI NON</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si oui, quelle est la nature de ces informations sur les soins réalisés avec un		

<p>CVP ?</p> <p>(14) Incitez-vous le patient à poser des questions ?</p> <p>(15) Après la survenue d'une infection liée à l'utilisation de CVP, donnez-vous au patient des informations sur cette complication (son origine, ses conséquences possibles et son traitement) ?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
--	---	--

## ENCADREMENT DU SERVICE (CHEF DE SERVICE, CADRE DE SANTE)

Questions	Réponses	Commentaires
<p>(1) Est-ce qu'un correspondant paramédical en hygiène hospitalière informe les nouveaux arrivants des mesures mises en place pour maîtriser les risques associés aux dispositifs invasifs ?</p> <p>(2) Pour la prévention des infections sur CVP en particulier ?</p>	<p><b>OUI    NON</b></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	
<p>(3) Existe-t-il un groupe de travail sur les risques infectieux associés aux CVP ? Si oui, indiquez à quel niveau (établissement, pôle, service, unité de soins).</p> <p>(4) Est-ce qu'un professionnel du pôle ou de l'unité participe à ce groupe de travail ?</p>	<p><b>OUI    NON</b></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	
<p>(5) Existe-t-il un plan d'actions avec des objectifs de prévention quantifiés pour les risques infectieux associés aux dispositifs invasifs pour l'année 2012 ?</p> <p>(6) Est-il connu des professionnels de santé du service ?</p>	<p><b>OUI    NON</b></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	

<p>(7) Existe-t-il en 2013 une surveillance épidémiologique des infections sur CVP opérationnelle ?</p> <p>(8) Le service a-t-il participé aux surveillances épidémiologiques nationales de 2012 (enquête de prévalence) ? Y a-t-il eu dans <u>les 3 années</u> précédentes une évaluation de la pertinence de la pose du CVP ?</p> <p>(9) Y a-t-il eu dans <u>les 3 années</u> précédentes une évaluation du maintien du cathétérisme (traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient, traçabilité de la date de l'ablation du cathéter dans le dossier patient, durée du cathétérisme inférieure ou égale à 4 jours, traçabilité des éléments de la surveillance clinique quotidienne dans le dossier du patient) ?</p> <p>(10) Avez-vous participé à l'audit national CVP du GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) 2009-2010 ?</p>	<p><b>OUI</b>    <b>NON</b></p> <p><input type="checkbox"/>        <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>        <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>        <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>        <input type="checkbox"/></p>	
<p>(11) Certaines infections associées à un CVP ont-elles fait l'objet d'une investigation dans le cadre de Revues de Morbidité-Mortalité, d'analyses approfondies des causes en 2012 et pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2013 ?</p>	<p><b>OUI</b>    <b>NON</b></p> <p><input type="checkbox"/>        <input type="checkbox"/></p>	
<p>(12) Est-ce que les IDE ont suivi une formation <u>au cours des 12 derniers mois</u> sur les soins réalisés avec des voies veineuses et abordant la prévention des risques infectieux associés aux CVP ?</p>	<p><b>OUI</b>    <b>NON</b></p> <p><input type="checkbox"/>        <input type="checkbox"/></p>	

	OUI	NON	
(13) Avez-vous du matériel protégé pour éviter les Accidents par Exposition au Sang (AES) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(14) Le service a-t-il déjà été confronté à un accident d'exposition au sang ?  Si oui, est-ce qu'il y a une surveillance particulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(15) Quelles sont les sources de données disponibles au sein du service sur les risques infectieux associés aux CVP ?			

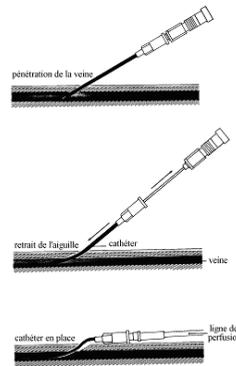
---

## **ANNEXE 7**

***Cahier d'observation des pratiques de traçabilité,  
de pose et de manipulation du CVP***

# GRILLE D'OBSERVATION

NOM DU SERVICE – NOM DE L'ETABLISSEMENT



<b>Personne(s) de l'EOHH chargée(s) de l'observation :</b>	.....	Date    __ / __ / ____
	.....	
	.....	Heure de début de l'observation:    __ h __
	.....	Heure de fin de l'observation:    __ h __

## I. CONTACT AVEC LE CORRESPONDANT DU PROJET DANS LE SERVICE

<b>Lors de chaque visite, veuillez recueillir les informations suivantes auprès du correspondant du projet dans le service :</b>	<b>Commentez votre réponse si nécessaire</b>
Le nombre de patients dans le service et le nombre de patient qui ont un CVP le jour de l'observation (ou la veille s'il n'y en a pas à ce jour).	..... ..... .....
Le nombre de poses ou de manipulations de CVP pendant la visite.	..... ..... .....
Le ou les professionnel(s) à consulter (ceux qui posent ou ont posé des CVP) ?	..... ..... .....

## II. CONSULTATION ET ETUDE DOSSIER(S) PATIENT

➤ Lors de chaque visite, veuillez consulter un ou deux dossier(s) patient et commenter les éléments suivants :

DOSSIER PATIENT N° 1	OUI    NON	Commentaires (1) <i>(Comment est-ce formulé dans le dossier patient, complément d'information)</i>
La pertinence du cathéter est-elle précisée dans le dossier patient ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
La traçabilité (date, heure) de la pose est-elle inscrite dans le dossier patient ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Les éléments relatifs à la surveillance quotidienne sont-ils inscrits dans le dossier patient ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<u>Si une infection est survenue :</u> Est-il précisé dans le dossier que le patient a reçu des informations		

sur cette complication (son origine, ses conséquences possibles, son traitement, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le délai usuel de pose du CVP est-il respecté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si non, la justification du maintien du cathéter est-elle indiquée dans le dossier ? (Préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>DOSSIER PATIENT N° 2</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Commentaires (2)</b> <i>(Comment est-ce formulé dans le dossier patient, complément d'information)</i>
La pertinence du cathéter est-elle précisée dans le dossier patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La traçabilité (date, heure) de la pose est-elle inscrite dans le dossier patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les éléments relatifs à la surveillance quotidienne sont-ils inscrits dans le dossier patient ?	<input type="checkbox"/>		

	<input type="checkbox"/>	
<u>Si une infection est survenue :</u>		
Est-il précisé dans le dossier que le patient a reçu des informations sur cette complication (son origine, ses conséquences possibles, son traitement, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai usuel de pose du CVP est-il respecté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non, la justification du maintien du cathéter est-elle indiquée dans le dossier ? (Préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. OBSERVATIONS DES PRATIQUES

- *Observation des professionnels qui posent et/ou manipulent les CVP.  
S'il n'est pas possible d'observer directement certaines pratiques, vous devrez interroger les professionnels sur la pose ou les manipulations qui ont eu lieu dans la journée, par exemple. Dans ce cas, veuillez l'indiquer dans la partie « commentaires ».*

INFORMATIONS PREALABLES		
(1) Est-ce qu'un correspondant paramédical en hygiène hospitalière informe les nouveaux arrivants des mesures mises en place pour maîtriser les risques liés aux dispositifs invasifs ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
(2) Pour la prévention des infections sur CVP en particulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Le service est-il en possession de cathéters sécurisés pour éviter les Accidents par Exposition au Sang (AES) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OBSERVATIONS DE LA POSE DU CVP

POSE OBSERVEE N°1	OUI	NON	Commentaires (1)
Traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Information du patient</b>			
Avant la pose d'un CVP, le patient reçoit-il des informations sur les risques infectieux associés aux soins et leur prévention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le patient est-il incité à poser des questions sur le geste de soin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mise en œuvre des précautions standards lors de la pose</b>			
- Port de gants pour l'insertion du cathéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Elimination immédiate du mandrin du cathéter dans la boîte collectrice à OPCT située à proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mise en œuvre des bonnes pratiques d'antiseptie lors de la pose</b>			
- Désinfection des mains immédiatement avant l'insertion du cathéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Phase de déterSION avant l'application de l'antiseptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Vérification de la date d'ouverture de l'antiseptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Utilisation d'un antiseptique en solution alcoolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Respect du temps de séchage de l'antiseptique au moment de la pose et des différentes manipulations (au moins 15 secondes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>POSE OBSERVEE N°2</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Commentaires (2)</b>
Traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Information du patient</b>			
Avant la pose d'un CVP, le patient reçoit-il des informations sur les risques infectieux associés aux soins et leur prévention ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le patient est-il incité à poser des questions sur le geste de soin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mise en œuvre des précautions standards lors de la pose</b>			
- Port de gants pour l'insertion du cathéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Elimination immédiate du mandrin du cathéter dans la boîte collectrice à OPCT située à proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

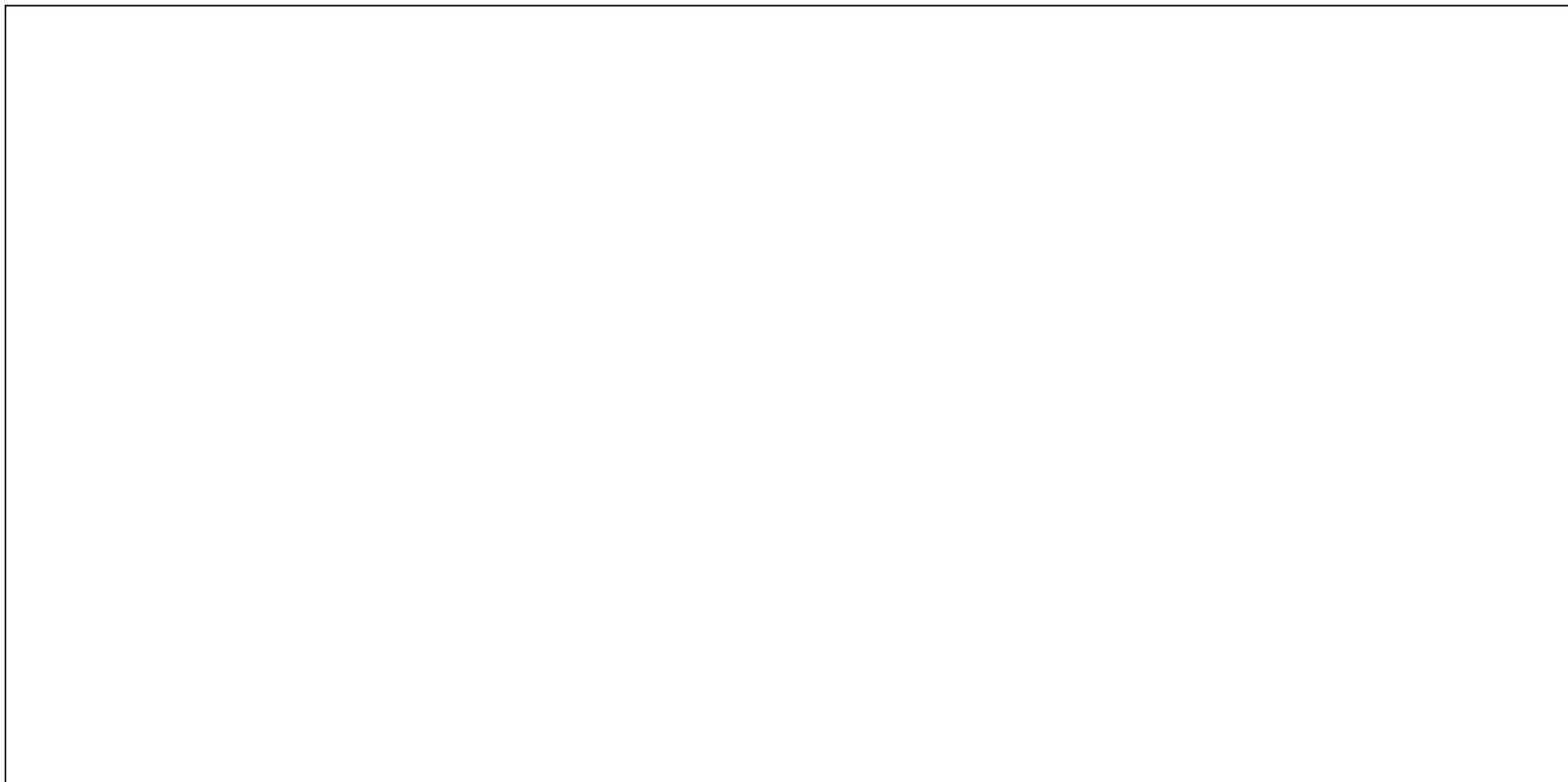
<b>Mise en œuvre des bonnes pratiques d'antiseptie lors de la pose</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- Désinfection des mains immédiatement avant l'insertion du cathéter			
- Phase de déterision avant l'application de l'antiseptique			
-Vérification de la date d'ouverture de l'antiseptique			
- Utilisation d'un antiseptique en solution alcoolique			
- Respect du temps de séchage de l'antiseptique au moment de la pose et des différentes manipulations (au moins 15 secondes)			

## OBSERVATIONS DE LA MANIPULATION DU CVP

MANIPULATION OBSERVEE N°1	OUI	NON	Commentaires (1)
<p><b>Mise en œuvre des bonnes pratiques d'antisepsie</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Désinfection des embouts et des robinets avant leur manipulation à l'aide de compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique</li></ul> <p><b>Traçabilité de la manipulation du CVP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Traçabilité de la date de pose du cathéter dans le dossier patient</li><li>- Traçabilité de la date de l'ablation du cathéter dans le dossier patient</li><li>- Traçabilité des éléments de la surveillance clinique quotidienne du site d'insertion dans le dossier patient (présence ou absence de signes locaux ou généraux)</li><li>- Traçabilité dans le dossier du patient en cas d'infection</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**Commentaires complémentaires sur le déroulement de l'observation:**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten or typed notes regarding the observation process.

---

## **ANNEXE 8**

*Grille de recueil des éléments factuels et de perceptions pour mesurer l'avancement réel de l'action au moyen d'un entretien collectif*

**ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION EN COURS DANS LE SERVICE  
POUR LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SUR CVP**



## Outil n°3 - Mesure de l'état d'avancement de l'action en cours

### Objectifs

- Obtenir des informations sur l'action en cours dans chacun des services concernant les infections sur CVP;
- Appréhender l'état d'avancement réel des actions

### Qui

- Un sociologue accompagné d'un médecin du CCECQA;
- Une personne de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ;
- Les deux correspondants des services concernés ;
- Le qualitatif ou gestionnaire des risques de l'établissement.

### Où

- Dans une salle de l'établissement.

### Durée

- Réunion d'environ 3 heures.

### Comment

- Analyse de l'état d'avancement du projet en cours pour chacun des services à partir de l'outil n°4 (Mesure de l'état d'avancement de l'action pour la lutte contre les infections sur CVP)
- Les documents suivants seront utilisés pour ce travail:
  - Programme Qualité – Gestion des Risques 2009-2013 (Annexe du CPOM)
  - Politique de maîtrise du risque infectieux
  - Programme de lutte contre les infections associées aux soins
  - Fiches de suivi de l'action en cours, fiche projet
  - Méthodologie de l'action
  - Plan d'action (sur CVP)
  - Autres documents disponibles

# ETAT D'AVANCEMENT DE L'ACTION EN COURS POUR LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SUR CVP

## IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT ET DU SERVICE

<b>Nom de l'établissement :</b>	..... .....	Date	__ / __ / ____
<b>Service :</b>	.....	Heure de début de la réunion:	__ h __
<b>Personnes présentes :</b>	..... .....	Heure de fin de la réunion:	__ h __
		Durée :	

➤ **Document d'appui** : Programme Qualité/Gestion des risques 2009-2013 pour chacune des actions en cours (annexe du CPOM).

## 1. QUESTIONS A POSER AU NIVEAU DE L'ETABLISSEMENT

<p>(1) Existe-t-il une politique de maîtrise du risque infectieux qui inclue la maîtrise des risques infectieux chez les patients porteurs de CVP ?</p>	<p><b>OUI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>NON</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Commentaires</b></p>
<p>(2) Si oui, est-ce que cette politique rappelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'importance de disposer d'indicateurs ?</li> <li>- la priorité de l'aide à l'observance des bonnes pratiques de pose et de maintien des CVP ?</li> </ul>	<p><b>OUI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>NON</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>OUI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>NON</b> <input type="checkbox"/></p>	
<p>(3) Existe-t-il un programme de lutte contre les infections associées aux soins ?</p>	<p><b>OUI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>NON</b> <input type="checkbox"/></p>	
<p>(4) Si oui, est-ce que ce programme indique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les objectifs ?</li> <li>- l'organisation et les responsabilités ?</li> <li>- les composantes de ce programme ?</li> <li>- les activités menées pour chacune de ces composantes ?</li> </ul>	<p><b>OUI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>NON</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>OUI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>NON</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>OUI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>NON</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>OUI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>NON</b> <input type="checkbox"/></p>	

(5) Existe-t-il une information et/ou des actions de formation ciblées sur les risques infectieux chez les patients porteurs de CVP ? (les faire préciser : information ou formation)	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
(6) Existe-t-il un système d'information centralisé (plateforme d'informations) permettant d'avoir des données au niveau du service/pôle sur les infections sur CVP ?	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>

## 2. L'ACTION ET SES OBJECTIFS

(7) <b>Décrire rapidement l'action en cours</b>	<b>Commentaires</b>
(8) Y a-t-il une raison particulière qui vous a conduit à mettre en place cette action ? (S'agit-il d'une démarche préventive (gestion des risques a priori))	



<p>(12) Où en êtes-vous dans l'action par rapport au calendrier ?  ( Avis général sur l'état d'avancement de l'action en cours (prévue, réalisée, bien engagée, en cours de mise en œuvre, ralentie, etc.).</p>	
---	--

### 3. ECHEANCIER/CALENDRIER

<p>(13) L'action vous semble-t-elle réalisable dans le calendrier de l'action?</p>	<p><b>OUI</b>   <b>NON</b>  <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Commentaires</b></p>
--	---	----------------------------

<p>(14) Le calendrier a-t-il été respecté jusque là ? L'action est-elle à son état d'avancement prévu ? Si non, pourquoi ?</p>	<p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	
--	---	--

#### 4. RESPONSABLE DE L'ACTION

<p>(15) Qui est le responsable de l'action ?</p> <p>(16) Est-il présent dans le service ?</p>	
---	--

#### 5. SUIVI DE L'ACTION, INDICATEURS DE SUIVI ET RESULTATS

	OUI    NON	Commentaires
<p>(17) Y a-t-il un suivi régulier de la mise en œuvre de l'action ?</p>	<p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	
<p>(18) Si oui, qui effectue ce suivi et de quelle manière (tableau de bord, revues, etc.) ?</p>		
<p>(19) De quelle manière ?</p>		

<p>(20) Existe-t-il des indicateurs de suivi de l'action ?</p> <p>(21) Quels sont-ils (tableaux de bord, revues etc.) ?</p> <p>(22) Est-ce qu'une évaluation de l'efficacité de l'action est prévue ?</p> <p>(23) Si oui, sous quelle forme ?</p> <p>(24) Est-ce que les objectifs dont vous nous avez parlés vous semblent atteints ?</p>	<p><b>OUI</b>    <b>NON</b></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	

<p>(25) Pensez-vous que cela ait amélioré les pratiques (objectifs intermédiaires) ?</p>	<p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Pour les actions en fin de calendrier :</b></p> <p>(26) Les objectifs finaux de prévention en termes de réduction de la fréquence des infections sur CVP ont-ils été atteints ?</p> <p>(27) Les résultats de l'évaluation de l'action ont-ils été restitués aux professionnels et discutés en équipe ?</p>	<p><b>OUI    NON</b></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	

<p>(28) Existe-t-il une traçabilité des décisions prises ?</p> <p>(29) Quelles décisions ont été (ou vont être) prises suite aux résultats obtenus ?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
--	--	--

---

## **ANNEXE 9**

***Synthèses des résultats du projet PROGRESS pour les cinq établissements***

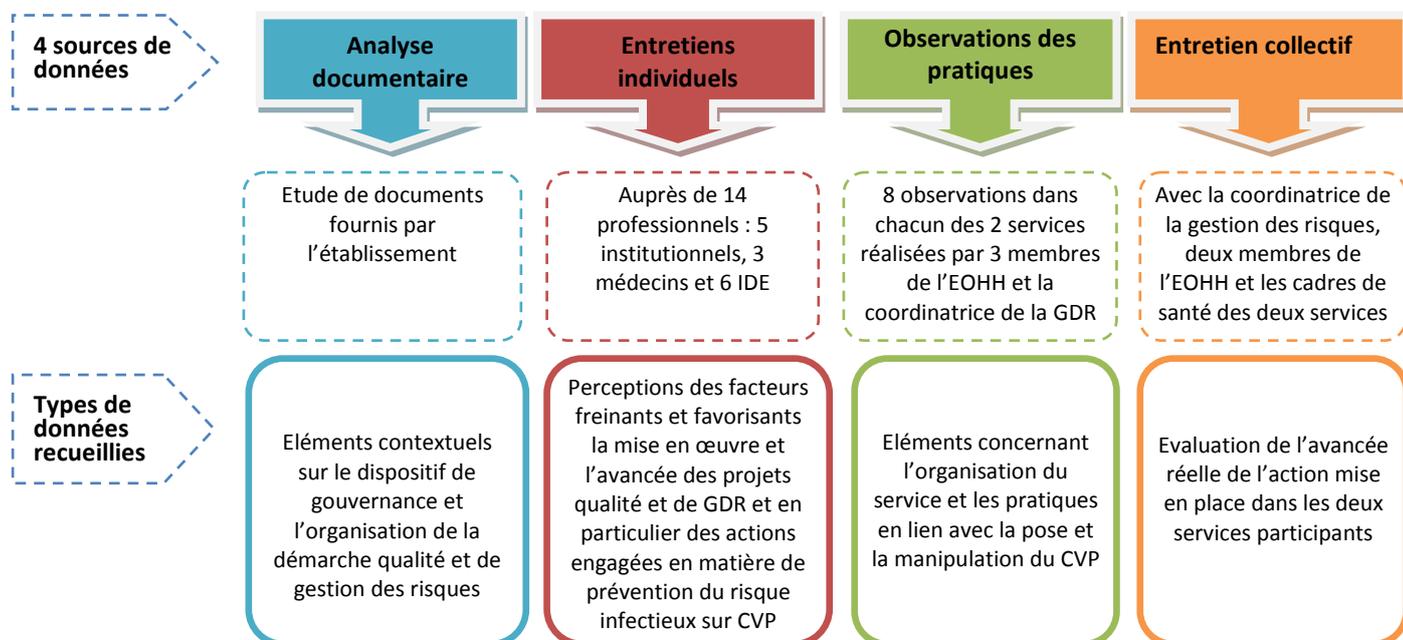
### CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements de santé constitue une priorité et un enjeu de santé publique pour améliorer la prise en charge du patient et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Cette amélioration passe par la mise en place d'actions dont la structuration, la mise en œuvre, l'avancement et le suivi sont plus ou moins faciles selon les établissements.

Le projet PROGRESS avait pour objectif **d'étudier les facteurs associés à l'état d'avancement des actions de gestion des risques associés aux soins**. Le risque associé aux soins retenu pour ce travail était **le risque infectieux sur cathéter veineux périphérique (CVP)**. Le projet a été réalisé dans 5 établissements : 3 cliniques et 2 centres hospitaliers. Pour chacun des établissements, 2 services de médecine ou de chirurgie ont été sollicités.

Ce projet a été réalisé dans l'établissement 1 entre avril et octobre 2013, dans les services de Médecine Interne et de Neurologie.

### METHODE



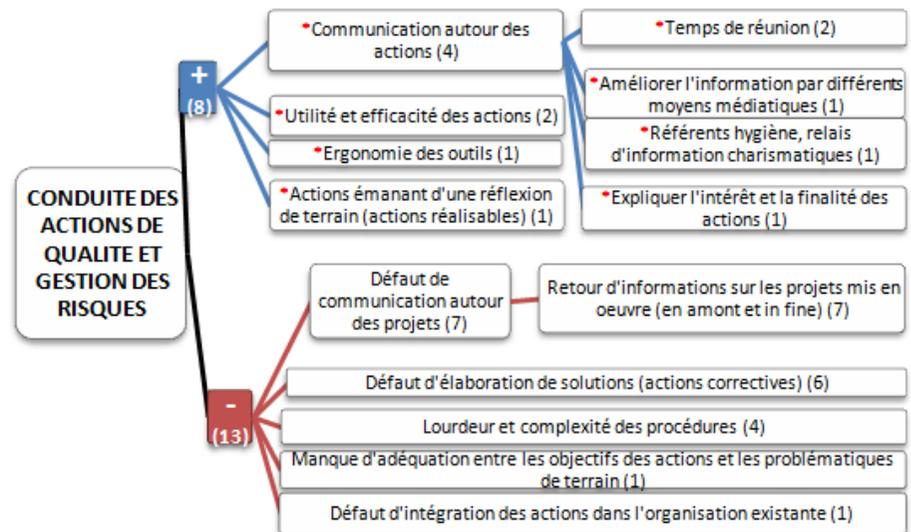
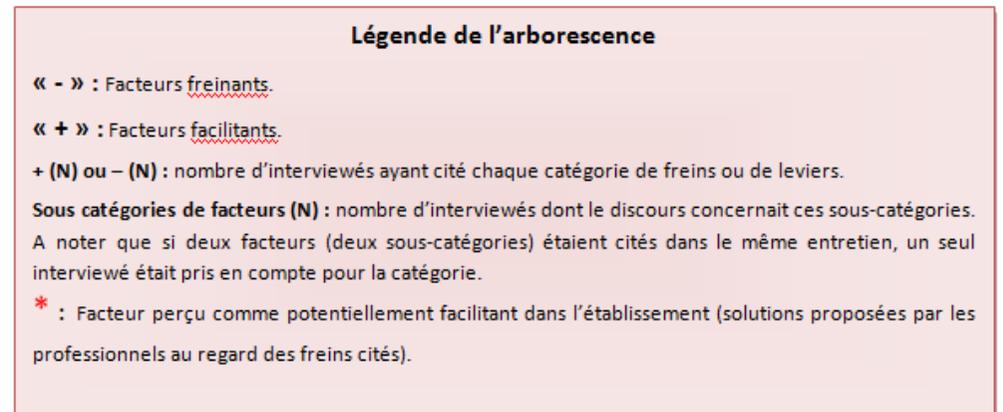
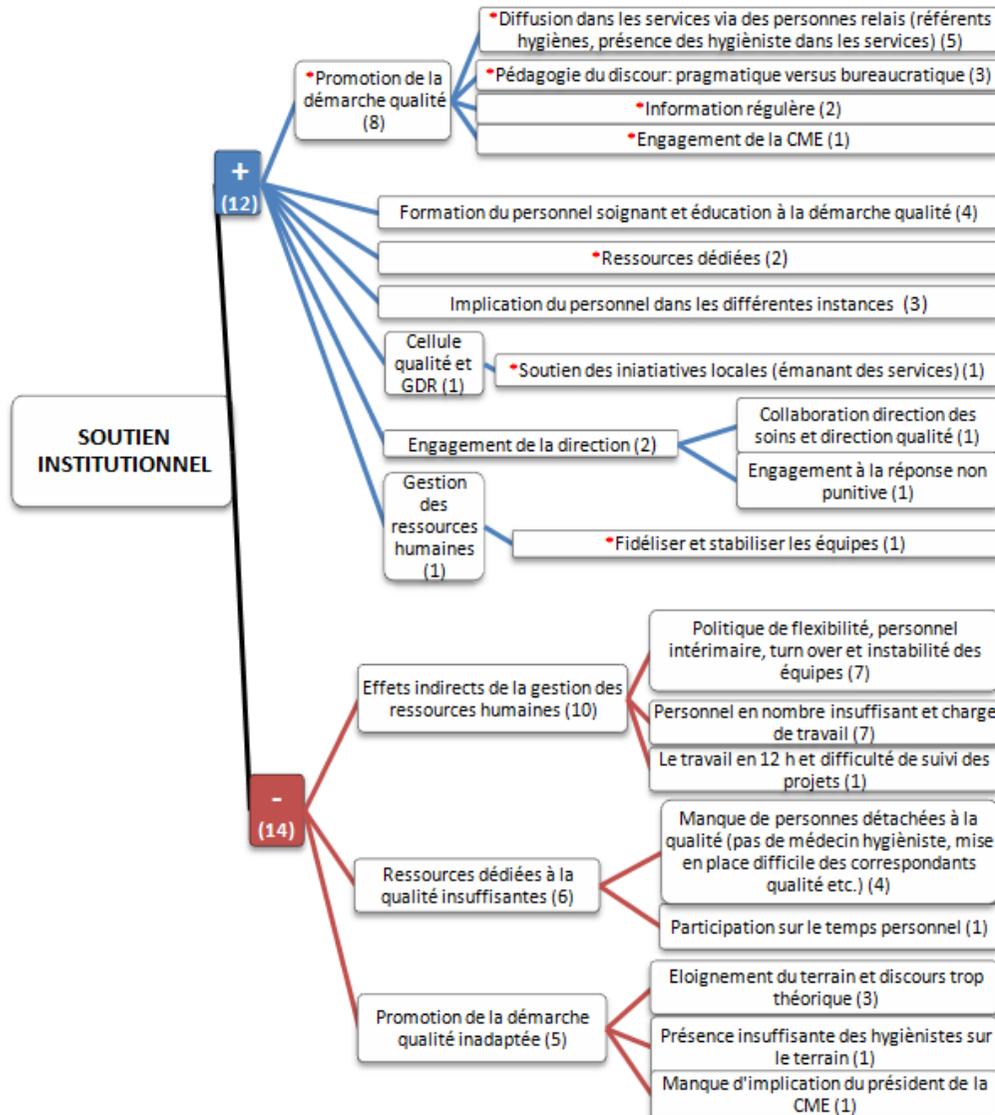
### PRINCIPAUX RESULTATS

TABLEAU DE SYNTHESE DES RESULTATS

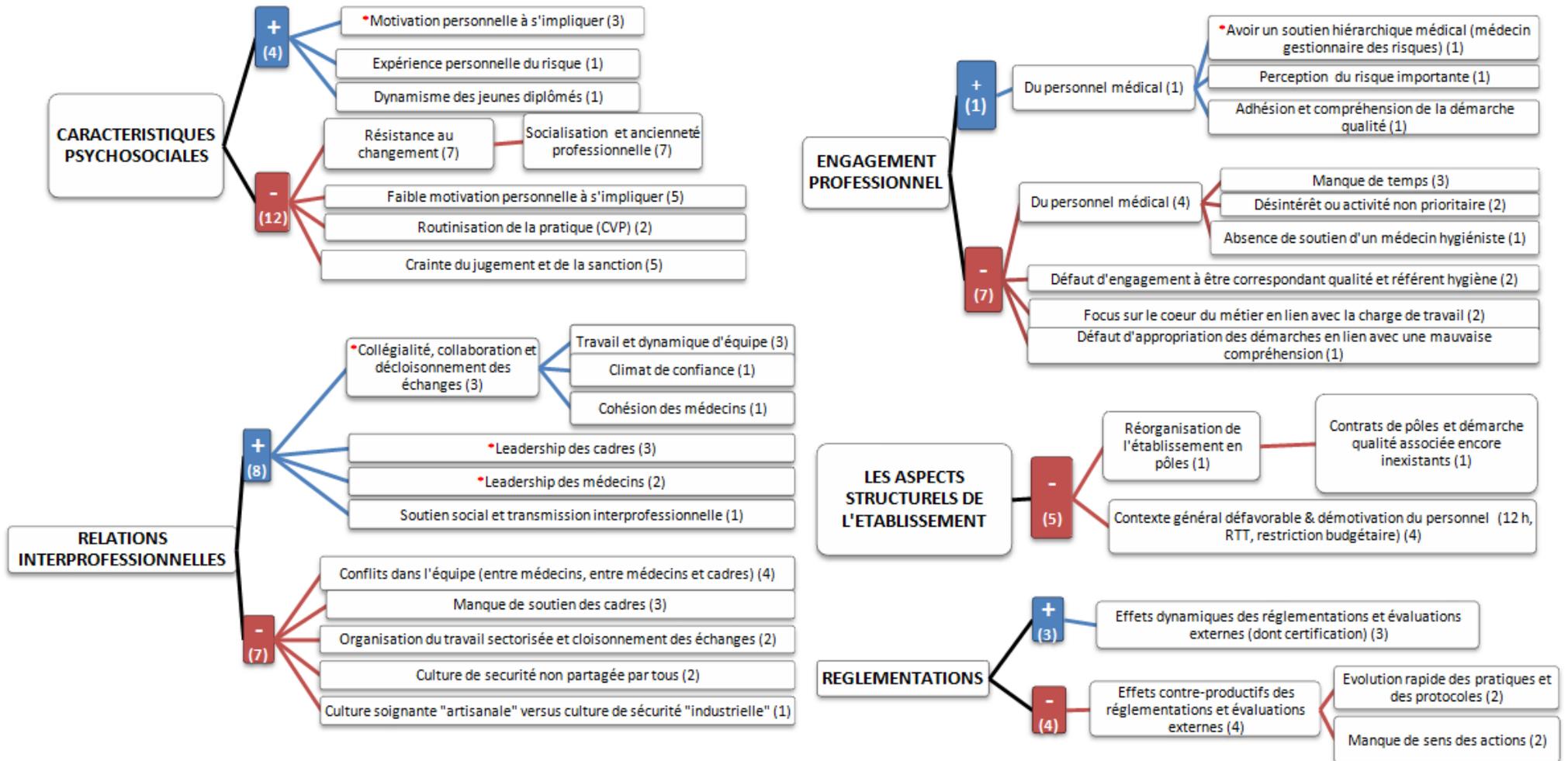
<b>RAPPEL DE L'ACTION ET DE SES OBJECTIFS</b>	<p><b>Signalement des veinites.</b> Les signalements doivent être réalisés par les IDE et les médecins, puis adressés à l'EOHH.</p> <p><b>Objectifs :</b> Quantifier le nombre de veinites signalées par les IDE et les médecins au sein des services ; Analyser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

## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES

Une analyse thématique des entretiens réalisés, a mis en évidence au total 63 facteurs identifiés par les professionnels interviewés. Certains étaient perçus comme des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques et de la qualité et d'autres comme des freins. Un même facteur était parfois identifié comme favorisant et freinant le déploiement des actions. Les freins évoqués étaient toujours des éléments perçus comme bloquants au sein de l'établissement et des services. Pour les leviers, certains étaient issus du vécu des interviewés, d'autres des propositions ou des solutions à mettre en œuvre en regard aux freins évoqués.



## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES (SUITE)



## RESULTATS DES OBSERVATIONS CONCERNANT LES BONNES PRATIQUES DE TRAÇABILITE, DE POSE ET DE MANIPULATION DU CVP

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

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

### Conformité aux bonnes pratiques :

Pour la traçabilité dans les dossiers : 2 dossiers patients sur 15 présentaient un écart aux bonnes pratiques en Médecine Interne, 4 sur 11 en Neurologie.

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

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

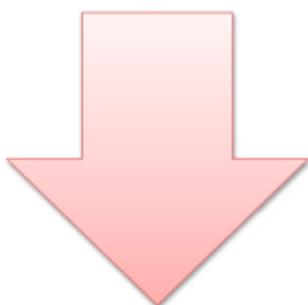
## CONCLUSION

Ce projet a permis d'explorer les représentations des professionnels des services cliniques et des institutionnels, sur les freins et les leviers à l'avancement des actions de gestion des risques.

L'analyse des perceptions de ces professionnels et de ces acteurs institutionnels a permis d'identifier 32 facteurs freinant et 31 facteurs facilitant l'avancement des actions de gestion des risques.

L'évaluation de l'état d'avancement de l'action de gestion des risques sur le risque infectieux sur CVP n'a pas été possible, en raison du défaut de définition et d'organisation de l'action (absence de calendrier en particulier) et l'absence de suivi de son avancement. Ces résultats ont permis de formuler des préconisations pour faciliter l'avancement des actions de gestion des risques, présentées sous forme d'opportunités et de menaces à prendre en compte pour les dynamiques à venir :

### Opportunités



- Formaliser des modalités de gestion de projets pour la mise en œuvre des actions (objectif, pilotage, suivi, évaluation, etc.);
- Améliorer l'ergonomie des outils et la communication pour la conduite d'action;
- Promouvoir la démarche qualité/gestion des risques (sensibilisation et formation du personnel);
- Mettre à disposition : des ressources humaines dédiées à la qualité et à la GDR, du personnel en nombre suffisant par rapport à la charge de travail;
- Fidéliser et stabiliser les équipes soignantes;
- Développer la collaboration et le décloisonnement des échanges entre professionnels;
- Favoriser le leadership des cadres et des médecins.

### Menaces

- Défaut de communication auprès des professionnels («trop plein» d'informations dans les services et manque de visibilité de celles relatives aux actions);
- Manque de coordination et de répartition des responsabilités dans le déroulement des actions;
- Résistance au changement;
- Défaut d'engagement du personnel dans les projets qualité et gestion des risques notamment par manque de temps;
- Multiplicité des tâches et surcharge de travail.



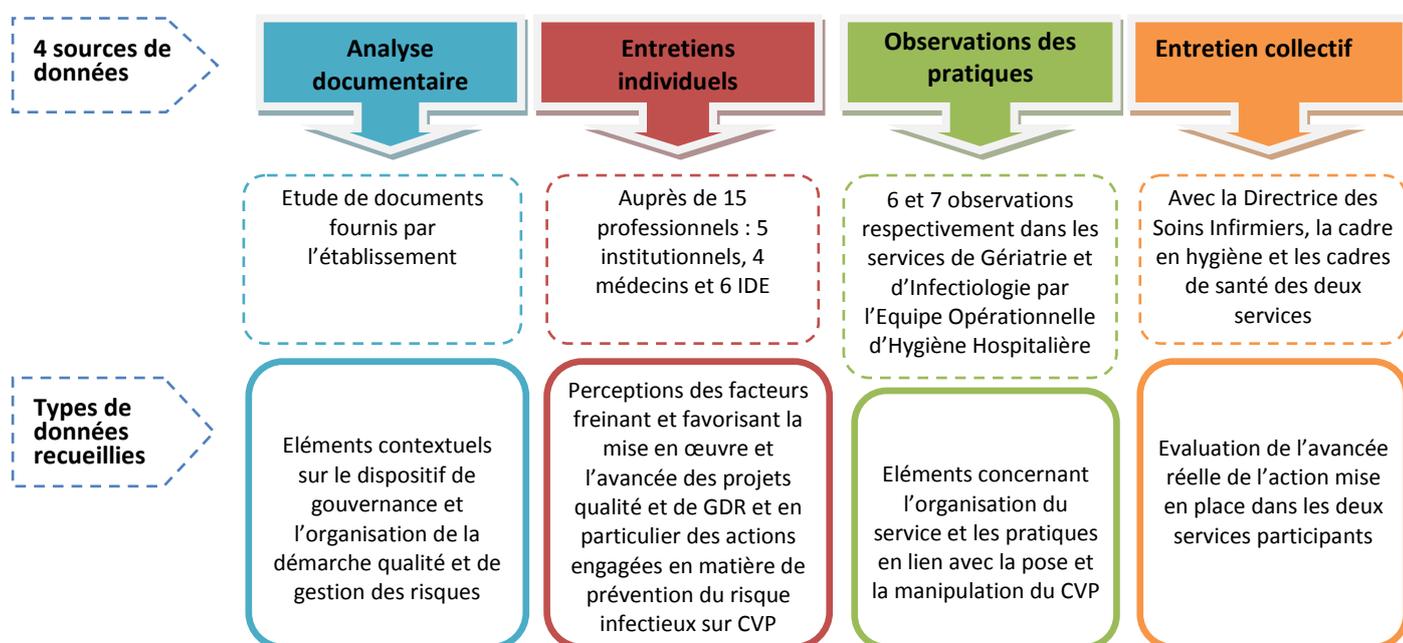
### CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements de santé constitue une priorité et un enjeu de santé publique pour améliorer la prise en charge du patient et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Cette amélioration passe par la mise en place d'actions dont la structuration, la mise en œuvre, l'avancement et le suivi sont plus ou moins faciles selon les établissements.

Le projet PROGRESS avait pour objectif **d'étudier les facteurs associés à l'état d'avancement des actions de gestion des risques associés aux soins**. Le risque associé aux soins retenu pour ce travail était **le risque infectieux sur cathéter veineux périphérique (CVP)**. Le projet a été réalisé dans 5 établissements : 3 cliniques et 2 centres hospitaliers. Pour chacun des établissements, 2 services de médecine ou de chirurgie ont été sollicités.

Ce projet a été réalisé dans l'établissement 2 entre novembre 2013 et février 2014 au sein des services de Gériatrie et d'Infectiologie.

### METHODE



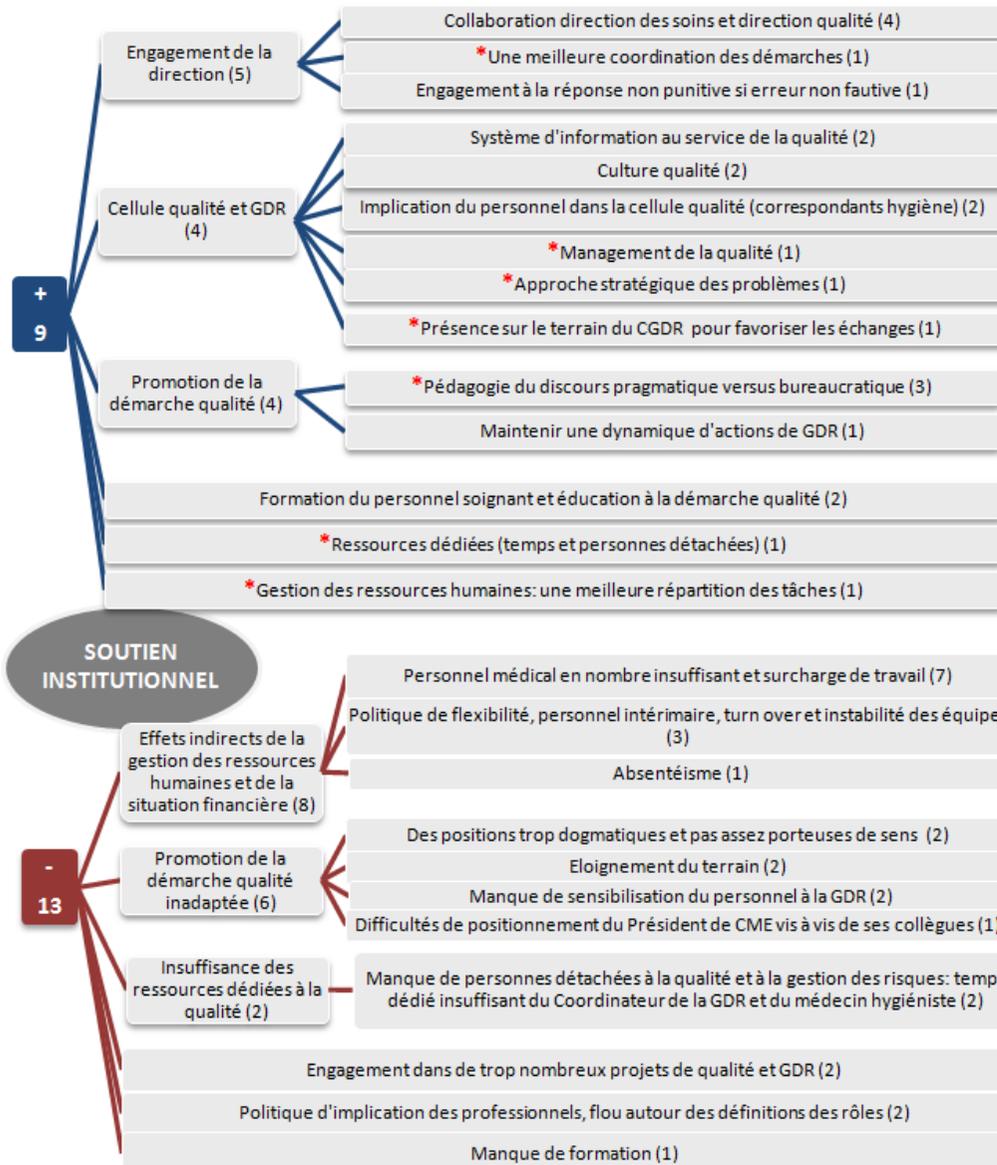
### PRINCIPAUX RESULTATS

TABLEAU DE SYNTHESE DES RESULTATS

<b>RAPPEL DE L'ACTION ET DE SES OBJECTIFS</b>	<p><b>Actualisation du protocole</b> « pose et surveillance du CVP » et mise en place d'un support de surveillance (check-list).</p> <p><b>Objectifs</b> : sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques et faire en sorte qu'il y ait une réelle appropriation du protocole ; tester un support de surveillance (check-list) ; uniformiser les supports de surveillance au sein de l'établissement.</p>
<b>CONDUITE D'ACTION ET ETAT D'AVANCEMENT</b>	<p><b>Manque de concertation et clarté de la signification accordée aux objectifs de l'action</b> : notamment concernant la définition de l'appropriation des protocoles ;</p> <p><b>Défaut de suivi régulier</b> de la mise en œuvre de l'action ;</p> <p><b>Bonne communication</b> auprès des unités de soins.</p> <p>⇒ <b>Retard d'environ 3 mois dans le déroulement de l'action.</b></p> <p><b>Justifications</b> : charge de travail, multiplication des projets ; inadaptation de la communication autour de l'action (qui engendre par exemple des retours différés de la part des professionnels prévenus tardivement) ; échéancier de travail relativement court ; travail chronophage lié aux relectures des documents ; départ de la DSI.</p>

## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS INTERVIEWES A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES

Une analyse thématique des entretiens réalisés, a mis en évidence au total 78 facteurs identifiés par les professionnels interviewés. Certains étaient perçus comme des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques et de la qualité et d'autres comme des freins. Un même facteur était parfois identifié comme favorisant et freinant le déploiement des actions. Les freins évoqués étaient toujours des éléments perçus comme bloquants au sein de l'établissement et des services. Pour les leviers, certains étaient issus du vécu des interviewés, d'autres des propositions ou des solutions à mettre en œuvre en regard aux freins évoqués.



### Légende de l'arborescence

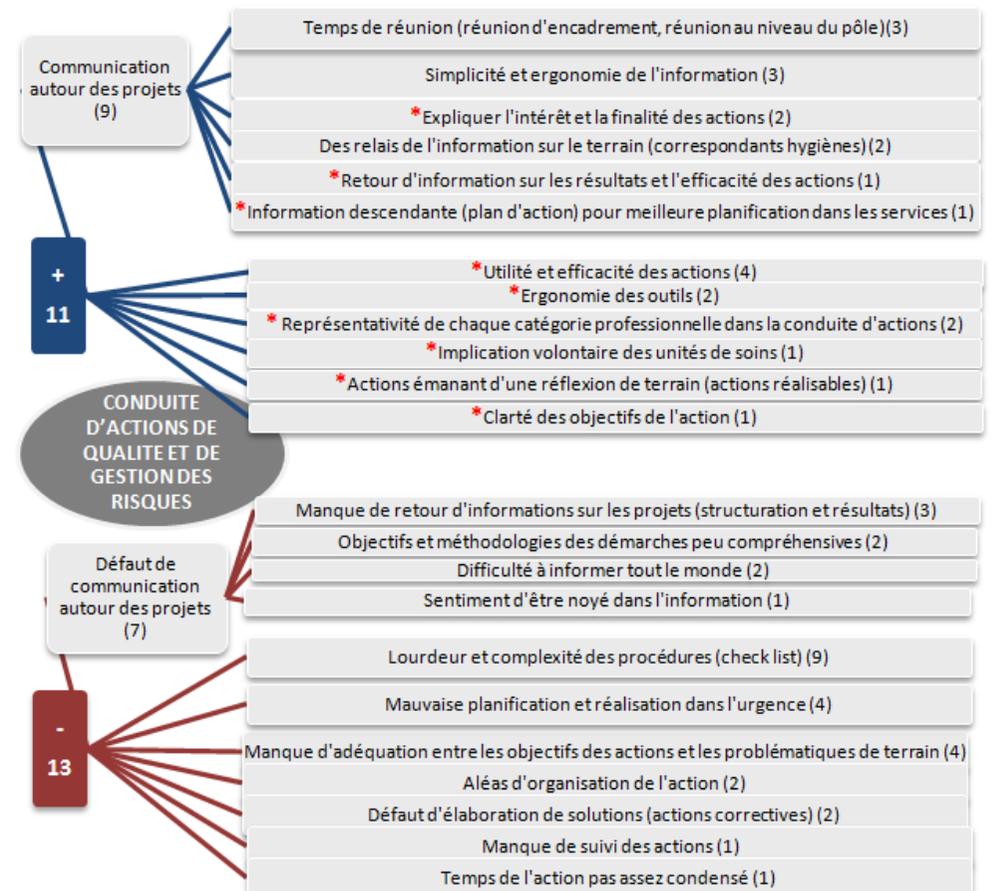
« - » : Facteurs freinants.

« + » : Facteurs facilitants.

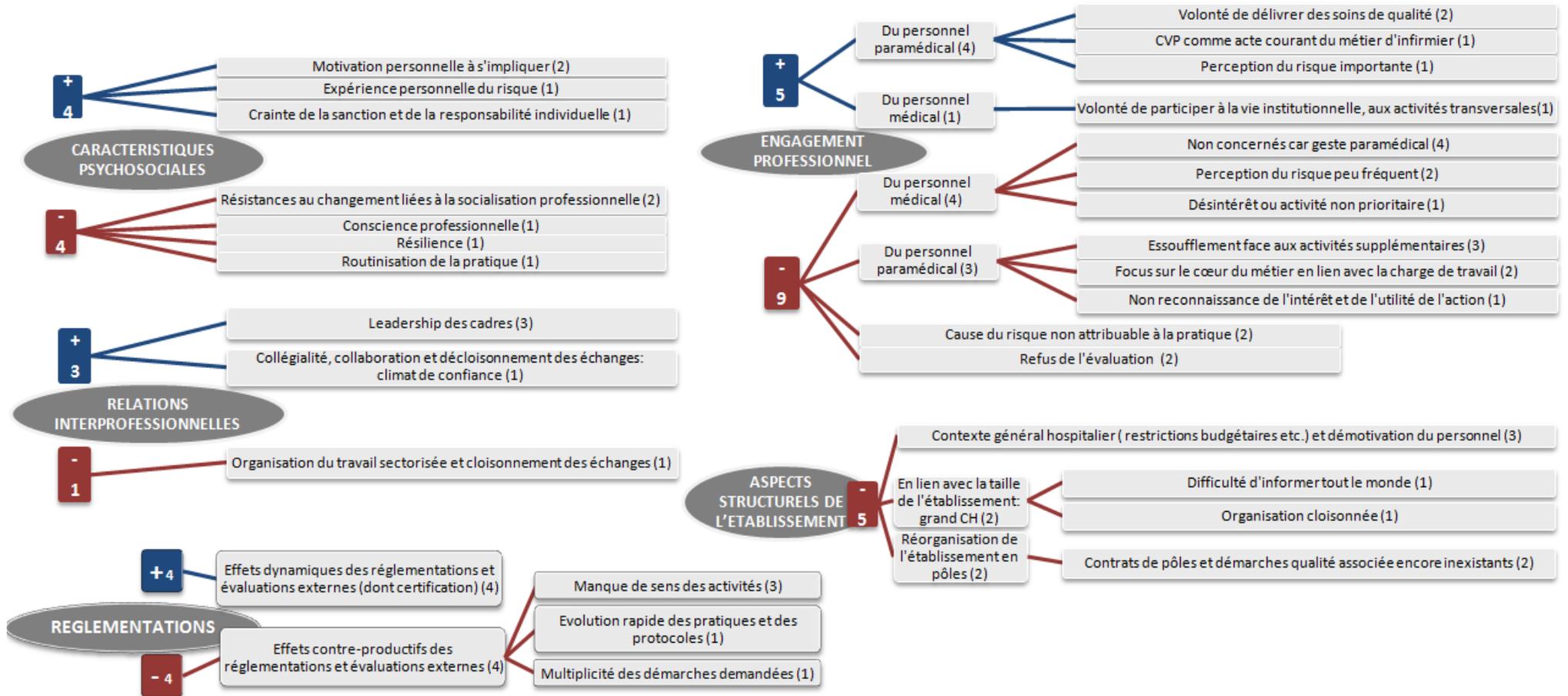
+ (N) ou - (N) : nombre d'interviewés ayant cité chaque catégorie de freins ou de leviers.

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

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



## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES (SUITE)



## RESULTATS DES OBSERVATIONS CONCERNANT LES BONNES PRATIQUES DE TRAÇABILITE, DE POSE ET DE MANIPULATION DU CVP

Pratiques observées	Infectiologie	Gériatrie	Total
	nb écarts/ nb critères observés		nb écarts/ nb critères observés (%)
Traçabilité dans les dossiers patients	15/53	10/45	<b>25/98 (25,5 %)</b>
Pratiques avant la pose	4/10	8/14	<b>12/24 (50 %)</b>
Pratiques de pose	10/42	13/52	<b>23/94 (24,5 %)</b>
Pratiques de manipulation	1/13	-	<b>1/13 (7,7 %)</b>
<b>Total nb écart/ nb critères observés (%)</b>	<b>30/118 (25,4)</b>	<b>31/111 (27,9)</b>	<b>61/229 (26,6 %)</b>

Au total, un écart a été constaté dans 26,6 % des pratiques observées. Sur l'ensemble des deux services, un quart des pratiques de traçabilité dans les dossiers patients, la moitié des pratiques observées avant la pose et un quart des pratiques de pose n'étaient pas conformes aux bonnes pratiques. La fréquence des écarts variait de 25,4 % en Infectiologie à 27,9 % en Gériatrie.

### Conformité aux bonnes pratiques :

Pour la traçabilité dans les dossiers : 10 dossiers patients sur 11 présentaient un écart aux bonnes pratiques en Infectiologie, 8 sur 11 en Gériatrie.

Pour la pose : Les résultats d'observations montraient que le soin n'a été réalisé de façon conforme aux recommandations pour aucun patient en Gériatrie et on ne constate aucun écart aux bonnes pratiques de pose pour 1 patient sur 7 en Infectiologie. Pour les pratiques non conformes, entre 1 et 5 écarts étaient constatés selon le patient sur 10 critères évalués. Les pratiques préalable à la pose expliquaient en partie ce résultat.

Pour la manipulation : Il y avait un écart aux bonnes pratiques pour seulement 1 patient sur 4 dans le service d'Infectiologie et cela concernait

## CONCLUSION

Ce projet a permis d'explorer les représentations des professionnels et des institutionnels, sur les freins et les leviers à l'avancement des actions de gestion des risques.

L'analyse des perceptions des professionnels et des acteurs institutionnels a permis d'identifier 42 facteurs freinant et 36 facteurs facilitant l'avancement des actions de gestion des risques.

La dernière partie de l'action (*Formation/Action dans tous les services suite à l'actualisation du protocole et l'ajout de la check list*) était en retard d'environ 3 mois lors de sa mesure. Ce retard pouvait être dû à plusieurs éléments : charge de travail, multiplication des projets, inadaptation de la communication autour de l'action, échéancier de travail relativement court, départ de la DSI, etc. Ces résultats ont permis de formuler des préconisations pour faciliter l'avancement des actions de gestion des risques, présentées sous forme d'opportunités et de menaces à prendre en compte pour les dynamiques à venir :

### Opportunités

- Formaliser et structurer en amont le cadre de l'action : bien définir les termes, s'accorder sur les objectifs, penser l'évaluation de l'efficacité de l'action mise en œuvre ;
- Planifier l'ensemble des projets de façon à ce qu'ils soient réalisables et communiquer aux unités de soins afin que les professionnels puissent anticiper et s'organiser en conséquence ;
- Communiquer auprès du personnel sur les actions de gestion des risques (notamment sur leur utilité et leur finalité) ;
- Promouvoir la démarche qualité/gestion des risques (sensibilisation et formation du personnel) ;
- Mettre à disposition des ressources humaines dédiées à la qualité et à la GDR, du personnel médical en nombre suffisant par rapport à la charge de travail ;
- Fidéliser et stabiliser les équipes soignantes.

### Menaces

- Concevoir des projets sans consulter les besoins des professionnels et sans prendre en compte les réalités de terrain ;
- Défaut d'engagement du personnel dans les projets qualité et gestion des risques, notamment par manque de temps ;
- Lourdeur et complexité des procédures en lien avec les actions de gestion des risques ;
- Surcharge de travail au sein des services.

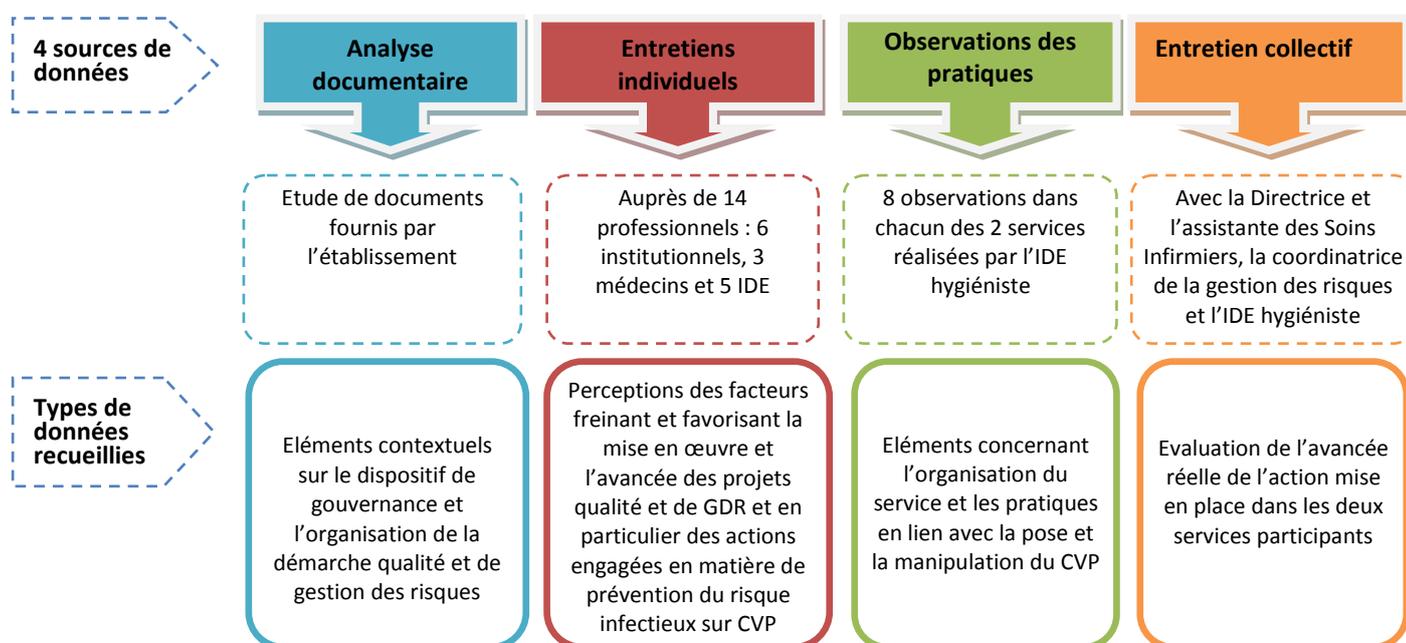
### CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements de santé constitue une priorité et un enjeu de santé publique pour améliorer la prise en charge du patient et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Cette amélioration passe par la mise en place d'actions dont la structuration, la mise en œuvre, l'avancement et le suivi sont plus ou moins faciles selon les établissements.

Le projet PROGRESS avait pour objectif **d'étudier les facteurs associés à l'état d'avancement des actions de gestion des risques associés aux soins**. Le risque associé aux soins retenu pour ce travail était **le risque infectieux sur cathéter veineux périphérique (CVP)**. Le projet a été réalisé dans 5 établissements : 3 cliniques et 2 centres hospitaliers. Pour chacun des établissements, 2 services de médecine ou de chirurgie ont été sollicités.

Ce projet a été réalisé dans l'établissement 3 entre septembre et novembre 2013 au sein des services de Médecine Polyvalente et de Surveillance Continue (USC).

### METHODE



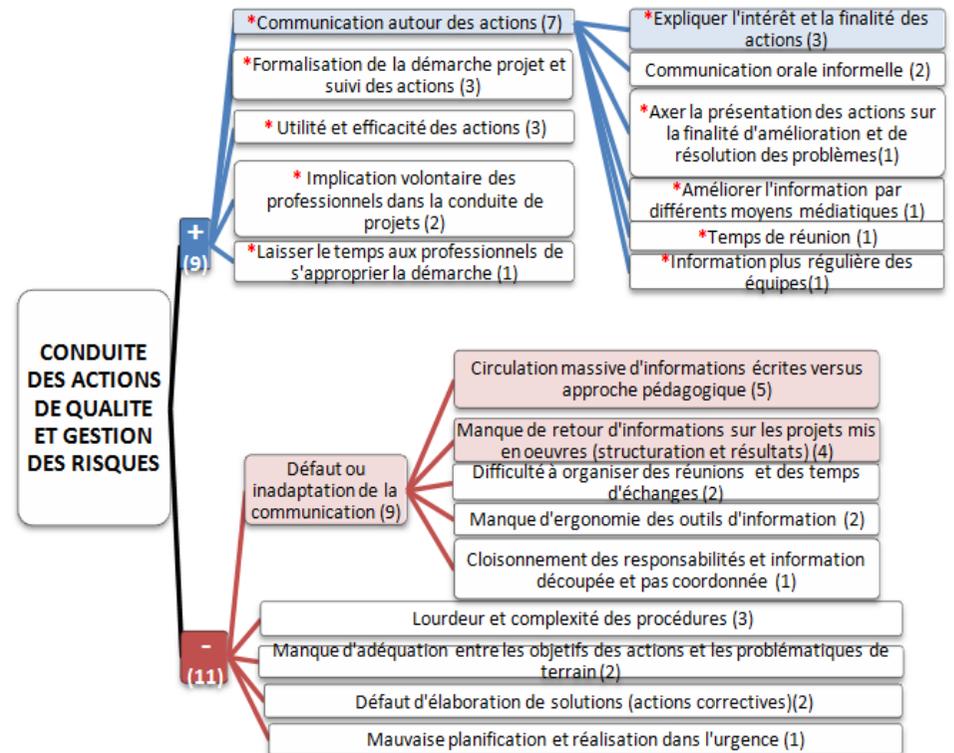
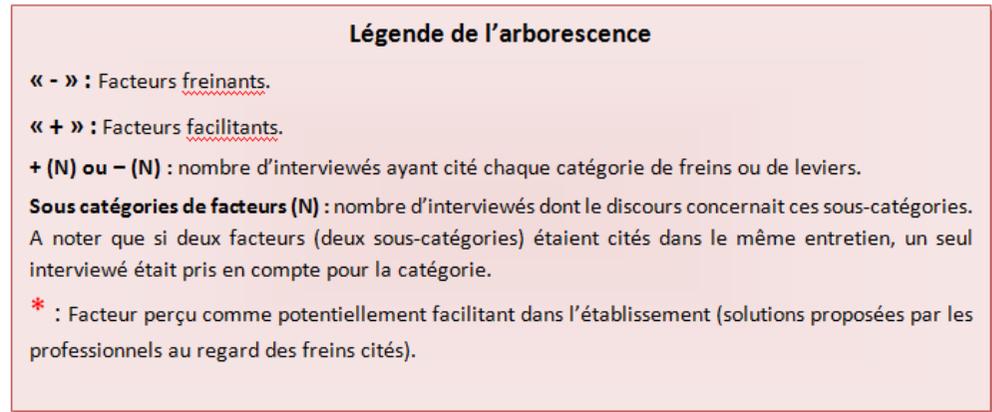
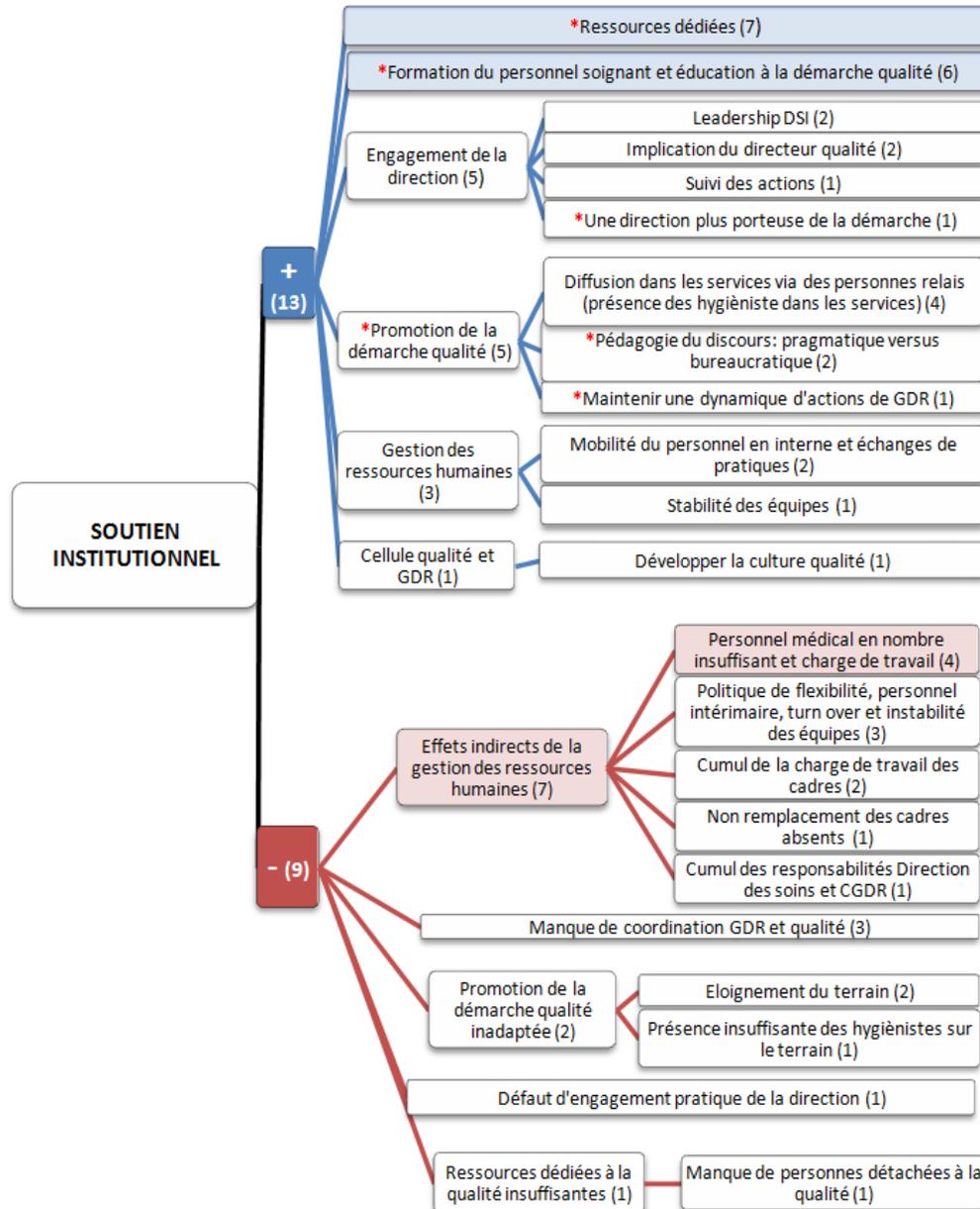
### PRINCIPAUX RESULTATS

TABLEAU DE SYNTHESE DES RESULTATS

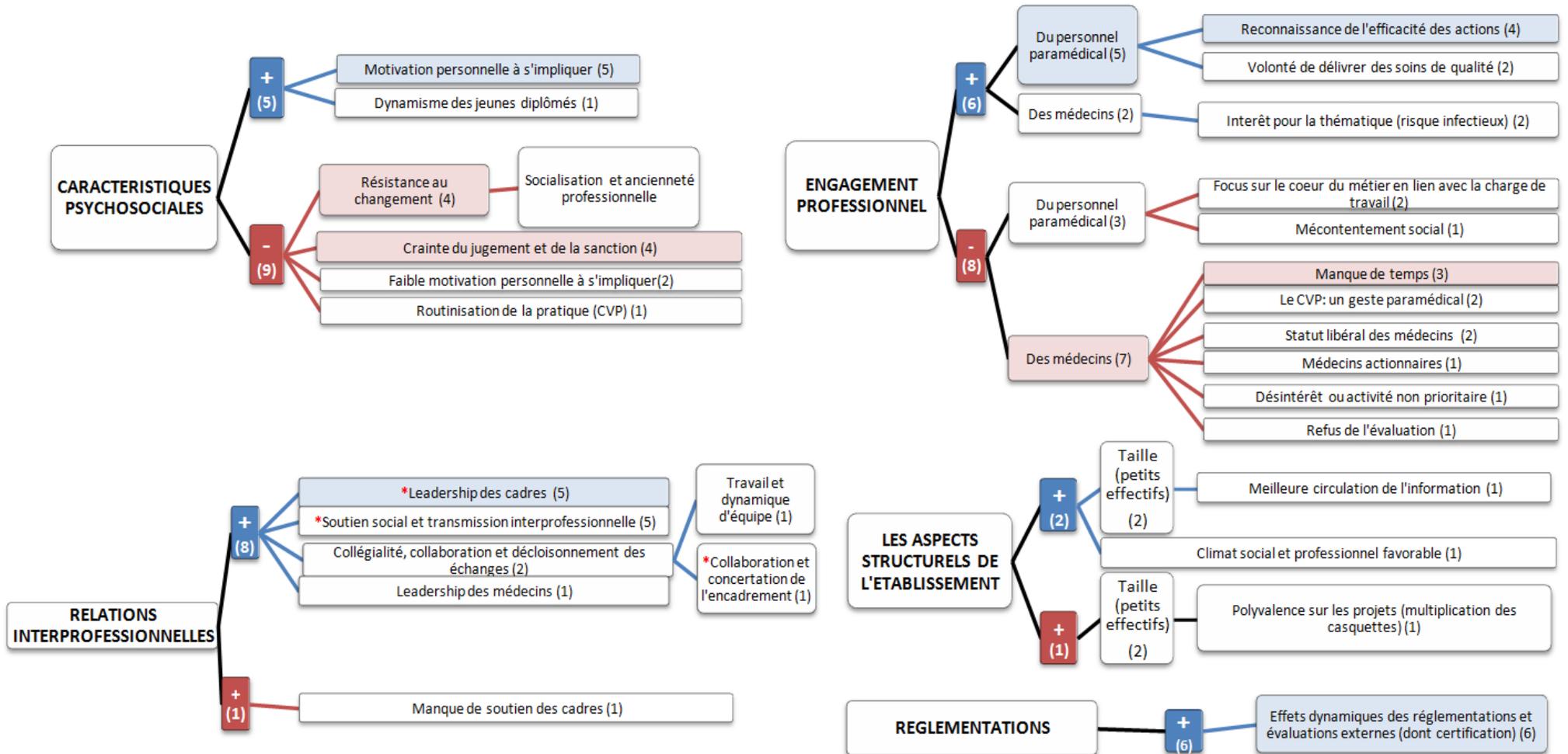
<b>RAPPEL DE L'ACTION ET DE SES OBJECTIFS</b>	<p><b>EPP sur la pose et la manipulation du CVP</b> (à partir de la méthodologie d'audit du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière - GREPHH) → 30 observations de poses et 30 observations de manipulations. Observation de la traçabilité dans les dossiers patients : évaluation de tous les dossiers patients porteurs de CVP un jour donné (environ 20 dossiers pour tous les services).</p> <p><b>Objectifs</b> : sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques ; les amener à s'approprier le protocole de pose et de manipulation du CVP.</p>
<b>CONDUITE D'ACTION ET ETAT D'AVANCEMENT</b>	<p><b>Manque de clarté et de formalisation</b> en amont de la structuration de la démarche (défaut d'élaboration d'un calendrier prévisionnel détaillé) et du déroulement de l'action ;</p> <p><b>Suivi régulier de l'action</b> ;</p> <p><b>Défaut de communication et d'appropriation de l'action</b> par les différentes instances et porteurs de la démarche ; absence de la responsable initiale de l'action et <b>délégation approximative</b>.</p> <p>⇒ <b>Retard d'environ 3 mois dans le déroulement de l'action.</b></p> <p><b>Justifications</b> : organisation « au fil de l'eau » en fonction des temps informels et des autres activités ; ressources humaines insuffisantes ; absence de la responsable de l'action ; absence des deux cadres de proximité durant une longue période ; existence d'autres priorités (notamment en lien avec la gestion des ressources humaines et des plannings).</p>

## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS INTERVIEWES A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES

Une analyse thématique des entretiens réalisés, a mis en évidence au total 68 facteurs identifiés par les professionnels interviewés. Certains étaient perçus comme des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques et de la qualité et d'autres comme des freins. Un même facteur était parfois identifié comme favorisant et freinant le déploiement des actions. Les freins évoqués étaient toujours des éléments perçus comme bloquants au sein de l'établissement et des services. Pour les leviers, certains étaient issus du vécu des interviewés, d'autres des propositions ou des solutions à mettre en œuvre en regard aux freins évoqués.



## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES (SUITE)



## RESULTATS DES OBSERVATIONS CONCERNANT LES BONNES PRATIQUES DE TRAÇABILITE, DE POSE ET DE MANIPULATION DU CVP

Pratiques observées	Médecine Polyvalente	Surveillance Continue	Total
	nb écarts/ nb critères observés		nb écarts/ nb critères observés (%)
Traçabilité dans les dossiers patients	10/32	9/32	19/64 (29,7 %)
Pratiques avant la pose	6/6	6/8	12/14 (85,7 %)
Pratiques de pose	2/24	1/32	3/56 (5,3 %)
Pratiques de manipulation	3/16	2/13	5/29 (17,2 %)
<b>Total nb écart/ nb critères observés (%)</b>	<b>21/78 (26,9 %)</b>	<b>18/85 (21,2 %)</b>	<b>39/163 (23,9%)</b>

Au total, un écart a été constaté dans **23,9 %** des 163 pratiques observées, toutes catégories confondues. Sur l'ensemble des deux services, 85,7 % des pratiques observées avant la pose n'étaient pas conformes aux bonnes pratiques. En revanche, seulement 5,3 % des pratiques de pose présentaient un écart aux bonnes pratiques. La fréquence des écarts variait de 21,2 % en Surveillance Continue à 26,9 % en médecine polyvalente.

### Conformité aux bonnes pratiques :

Pour la traçabilité dans les dossiers : l'ensemble des dossiers patients des deux services présentaient un écart aux bonnes pratiques ;

Pour la pose : les résultats d'observations montraient que pour aucun patient la pose de CVP n'a été réalisée sans écarts aux bonnes pratiques. Les pratiques préalables à la pose expliquaient ce résultat, alors que pour la pose 2 patients sur 3 en médecine polyvalente et 3 sur 4 en Surveillance Continue ont été soignés conformément aux recommandations.

Pour la manipulation : Il y avait un écart aux bonnes pratiques pour 2 patients sur 5 en médecine polyvalente et 1 sur 4 en Surveillance Continue.

## CONCLUSION

Ce projet a permis d'explorer les représentations des professionnels et des institutionnels, sur les freins et les leviers à l'avancement des actions de gestion des risques.

L'analyse des perceptions des professionnels et des acteurs institutionnels a permis d'identifier 33 facteurs freinant et 35 facteurs facilitant l'avancement des actions de gestion des risques.

La dernière partie de l'action (*Formation/Action dans tous les services suite à l'actualisation du protocole et l'ajout de la check-list*) était en retard d'environ 3 mois lors de sa mesure. Ce retard pouvait être dû à plusieurs éléments : un travail sur l'action en fonction des temps informels et des autres activités ; les ressources humaines insuffisantes ; l'absence de la responsable de l'action ; l'absence des deux cadres de proximité durant une longue période ; l'existence d'autres priorités, notamment en lien avec la gestion des ressources humaines et des plannings. Ces résultats ont permis de formuler des préconisations pour faciliter l'avancement des actions de gestion des risques, présentées sous forme d'opportunités et de menaces à prendre en compte pour les dynamiques à venir :

### Opportunités

- Assurer une réelle coordination de l'équipe qualité / gestion des risques (modalités de fonctionnement clairement établies, clarification des rôles et fonctions, réunions régulières) ;
- Formaliser les modalités de gestion de projets pour la mise en œuvre des actions (notamment la planification et le suivi des actions) ;
- Promouvoir la démarche qualité/gestion des risques (sensibilisation et formation du personnel) ;
- Communiquer sur les actions de gestion des risques (notamment sur leur utilité et leur finalité), en assurant par exemple la présence régulière de personnes relais sur le terrain ;
- Mettre à disposition : des ressources humaines dédiées à la qualité et à la GDR, du personnel en nombre suffisant par rapport à la charge de travail ;
- Favoriser l'implication des cadres et des médecins.

### Menaces

- Croire à la fluidité de la transmission de l'information en lien avec la petite taille de l'établissement et sous-estimer la nécessité d'une communication formalisée la plus large possible ;
- Manque de coordination et de répartition des responsabilités dans le déroulement des actions ;
- Résistance au changement ;
- Défaut d'engagement du personnel dans les projets qualité et gestion des risques notamment par manque de temps ;
- Multiplicité des tâches et surcharge de travail.

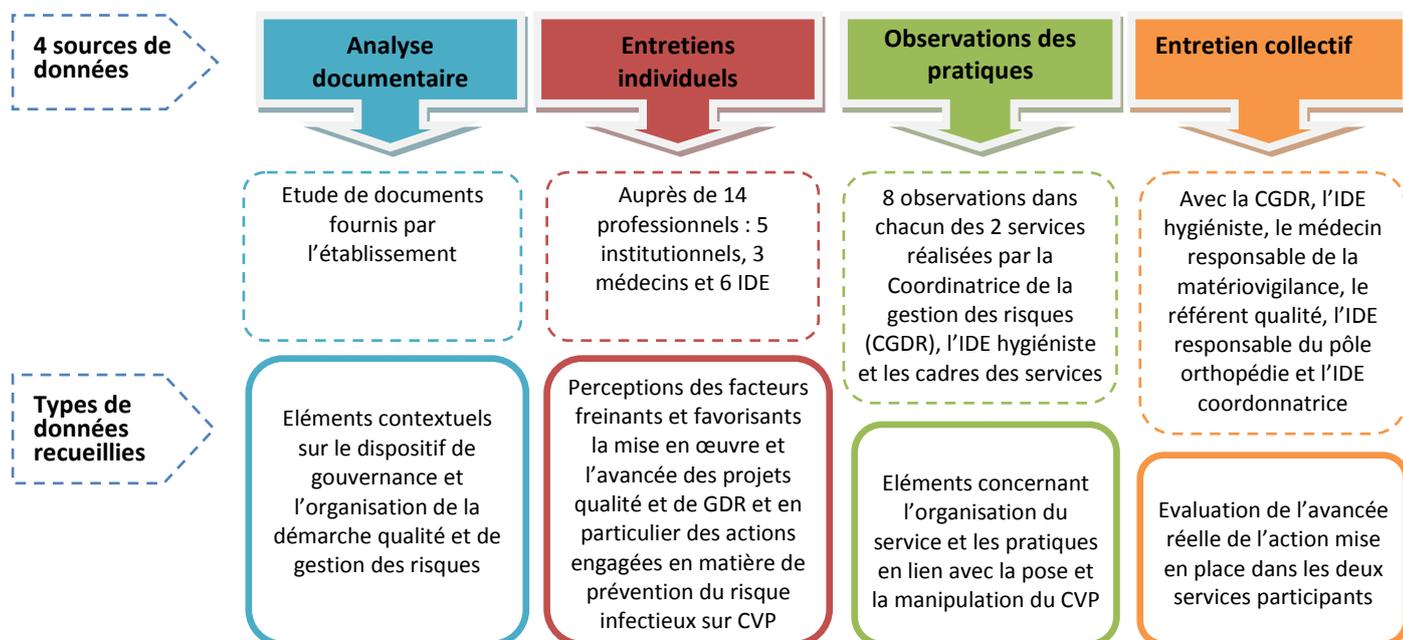
### CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements de santé constitue une priorité et un enjeu de santé publique pour améliorer la prise en charge du patient et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Cette amélioration passe par la mise en place d'actions dont la structuration, la mise en œuvre, l'avancement et le suivi sont plus ou moins faciles selon les établissements.

Le projet PROGRESS avait pour objectif **d'étudier les facteurs associés à l'état d'avancement des actions de gestion des risques associés aux soins**. Le risque associé aux soins retenu pour ce travail était **le risque infectieux sur cathéter veineux périphérique (CVP)**. Le projet a été réalisé dans 5 établissements : 3 cliniques et 2 centres hospitaliers. Pour chacun des établissements, 2 services de médecine ou de chirurgie ont été sollicités.

Ce projet a été réalisé dans l'établissement 4 entre septembre et novembre 2013 au sein des services de Chirurgie C et de Chirurgie D.

### METHODE



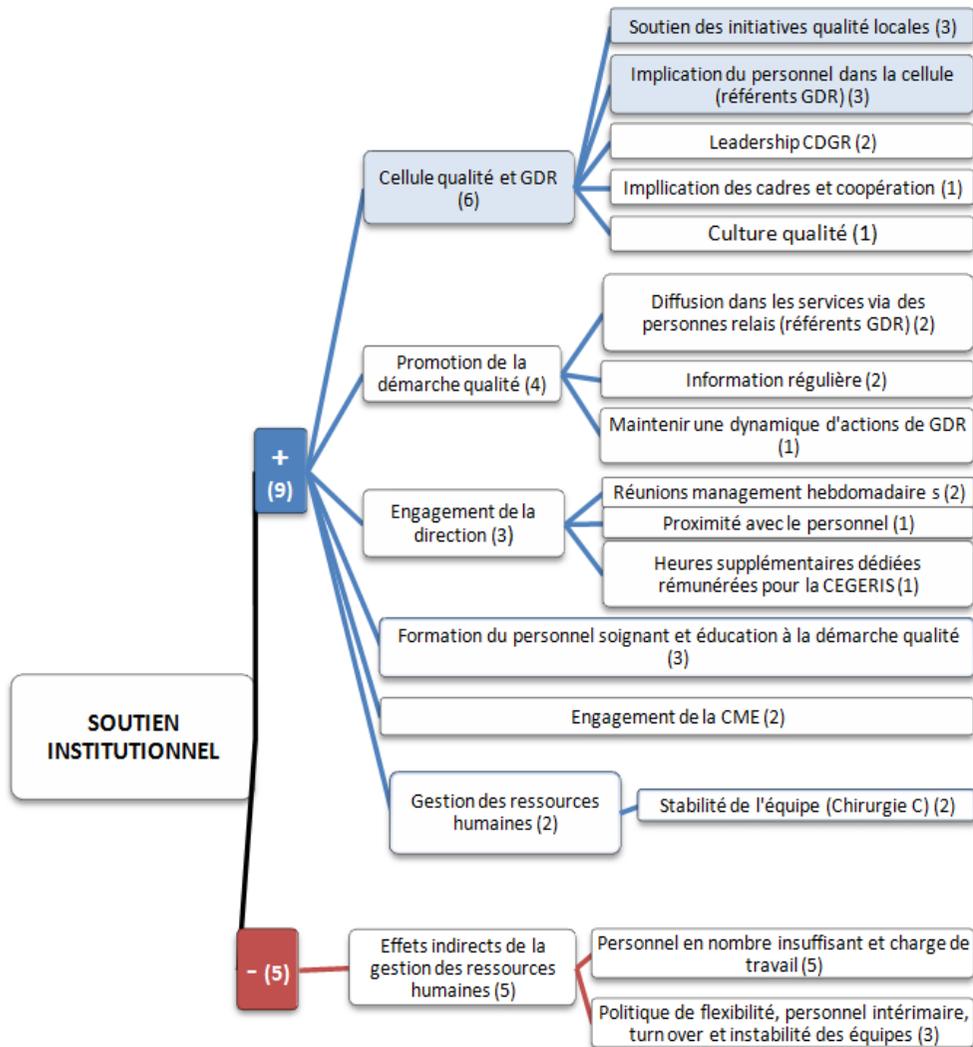
### PRINCIPAUX RESULTATS

TABLEAU DE SYNTHESE DES RESULTATS

<b>RAPPEL DE L'ACTION ET DE SES OBJECTIFS</b>	<p><b>Analyse des causes et retour d'expérience (REX) d'un AES</b> impliquant un CVP et un collecteur Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI) ; puis mise en œuvre d'actions correctives (nouveaux matériels sécurisés) ;</p> <p><b>Objectifs</b> : démarche curative visant à réduire les AES par recours à des dispositifs sécurisés (CVP sécurisés, fixation des collecteurs de déchets sur les chariots de soins).</p>
<b>CONDUITE D'ACTION ET ETAT D'AVANCEMENT</b>	<p><b>Formalisation</b> claire de l'action ;</p> <p><b>Suivi régulier</b> de l'action ;</p> <p><b>Bonne information</b> auprès du personnel soignant et démarche participative par rapport aux actions correctives (test des CVP sécurisés).</p> <p>⇒ <b>Retard d'environ 2 mois dans le déroulement de l'action.</b></p> <p><b>Justifications</b> : délais des fournisseurs de matériels sécurisés ; exigence des médecins anesthésistes chargés du test des différents matériels ; résistances aux changements de matériel de la part des professionnels ; temps consacré à la certification ; absence temporaire du pharmacien porteur du projet.</p>

## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS INTERVIEWES A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES

Une analyse thématique des entretiens réalisés, a mis en évidence au total 61 facteurs identifiés par les professionnels interviewés. Certains étaient perçus comme des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques et de la qualité et d'autres comme des freins. Un même facteur était parfois identifié comme favorisant et freinant le déploiement des actions. Les freins évoqués étaient toujours des éléments perçus comme bloquants au sein de l'établissement et des services. Pour les leviers, certains étaient issus du vécu des interviewés, d'autres des propositions ou des solutions à mettre en œuvre en regard aux freins évoqués.



### Légende de l'arborescence

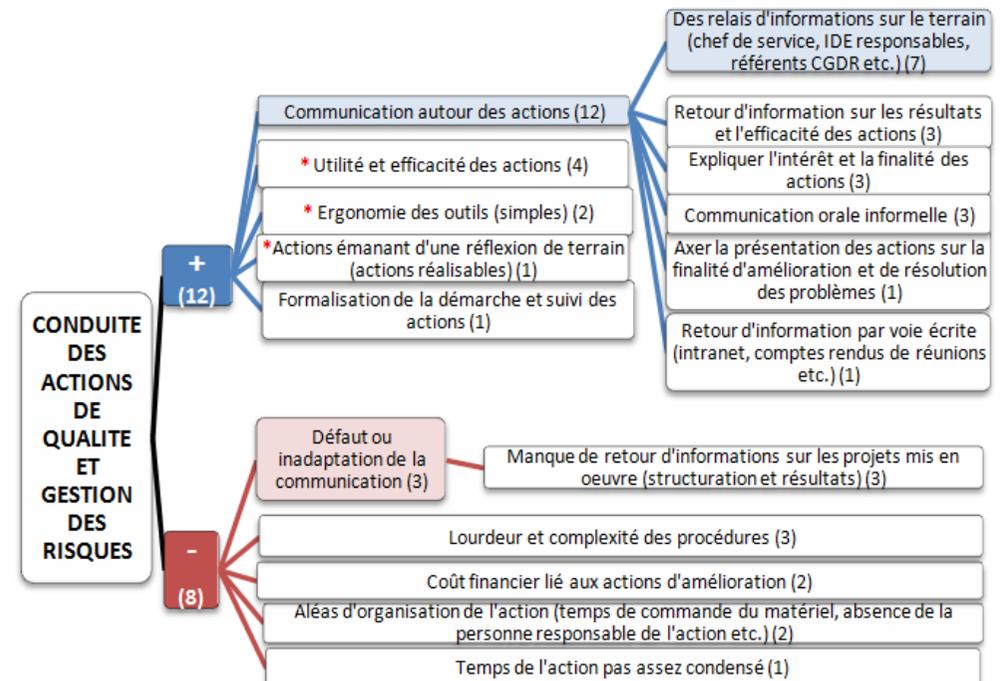
« - » : Facteurs freinants.

« + » : Facteurs facilitants.

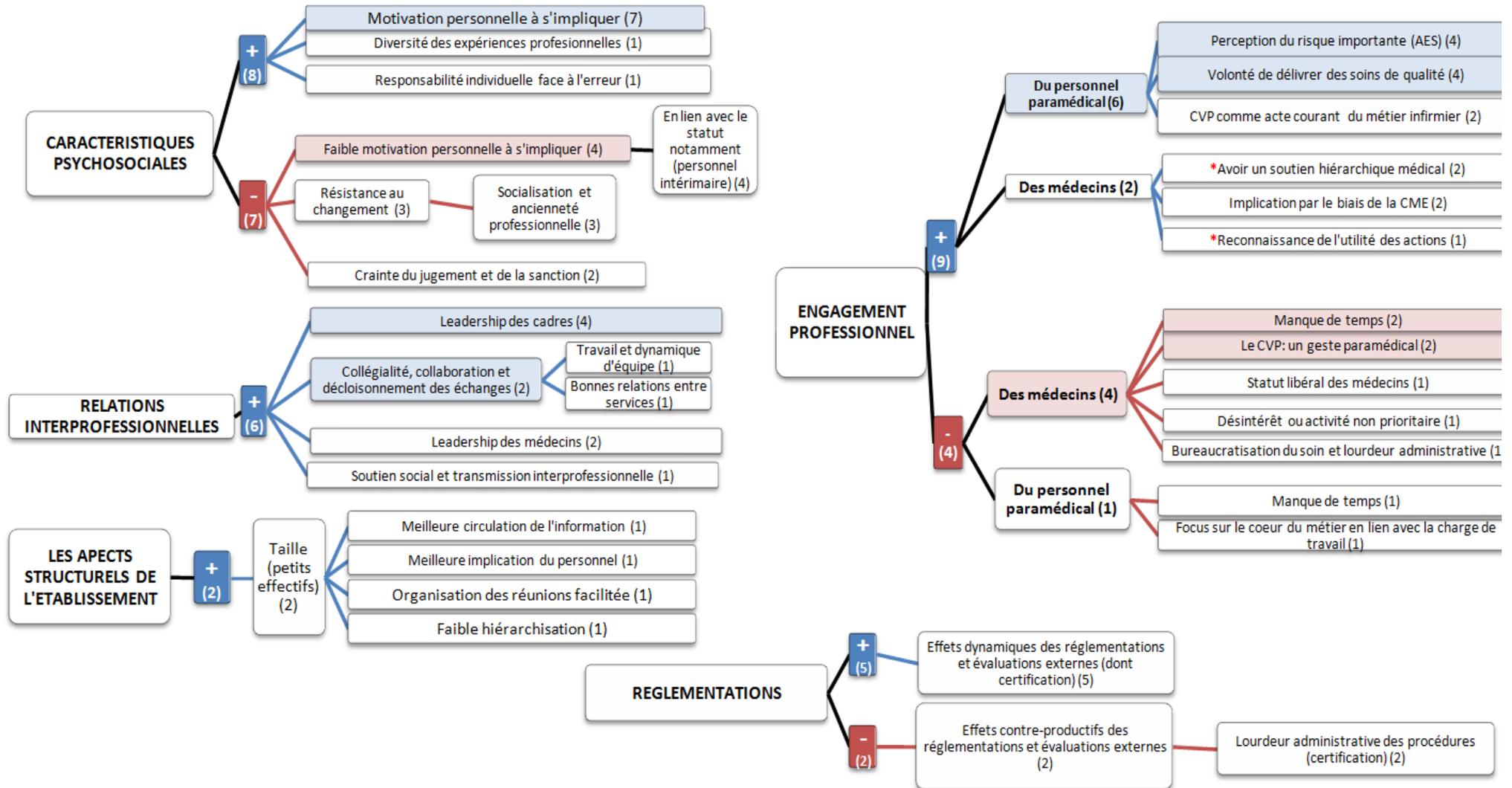
+ (N) ou - (N) : nombre d'interviewés ayant cité chaque catégorie de freins ou de leviers.

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

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



## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES (SUITE)



## RESULTATS DES OBSERVATIONS CONCERNANT LES BONNES PRATIQUES DE TRAÇABILITE, DE POSE ET DE MANIPULATION DU CVP

Pratiques observées	Chirurgie C	Chirurgie D	Total
	nb écarts/ nb critères observés		nb écarts/ nb critères observés (%)
Traçabilité dans les dossiers patients	0/36	1/37	<b>1/73 (1,4 %)</b>
Pratiques avant la pose	8/14	6/12	<b>14/26 (53,8 %)</b>
Pratiques de pose	2/56	3/48	<b>5/104 (4,8 %)</b>
Pratiques de manipulation	0/26	0/30	<b>0/56 (0 %)</b>
<b>Total nb écarts/ nb critères observés (%)</b>	<b>10/132 (7,6 %)</b>	<b>10/127 (7,9 %)</b>	<b>20/259 (7,7 %)</b>

Un écart a été constaté dans **7,7 %** des pratiques observées. Sur l'ensemble des deux services, 53,8 % des pratiques observées avant la pose n'étaient pas conformes aux bonnes pratiques. La fréquence des écarts était moins importante pour les pratiques de traçabilité dans les dossiers patients (1,4 %) et pour les poses observées (4,8 %). Toutes les pratiques de manipulation observées étaient conformes aux recommandations. La conformité aux bonnes pratiques était identique dans les deux services.

### Conformité aux bonnes pratiques :

Pour la traçabilité dans les dossiers : Seul un dossier patient du service de chirurgie D présentait un écart aux bonnes pratiques.

Pour la pose : Les résultats montraient qu'il n'y avait aucun écart aux bonnes pratiques de pose pour deux des 13 patients (un dans chaque service). Pour les autres patients, la fréquence des écarts pour les 10 critères étudiés variait de 1 à 3 selon le patient. Les écarts étaient observés surtout pour les pratiques avant la pose. Pour la pose du CVP, 2 patients sur 7 en chirurgie C et 2 sur 6 en chirurgie D ont été soignés conformément aux recommandations.

Pour la manipulation : Aucun écart aux bonnes pratiques n'a été enregistré.

## CONCLUSION

Ce projet a permis d'explorer les représentations des professionnels et des institutionnels, sur les freins et les leviers à l'avancement des actions de gestion des risques.

L'analyse des perceptions des professionnels et des acteurs institutionnels a permis d'identifier 18 facteurs freinant et 43 facteurs facilitant l'avancement des actions de gestion des risques.

Concernant l'état d'avancement de l'action, il a été constaté un retard d'une partie du plan d'action (fixation des boîtes pour les Objets Piquants Coupants Tranchants sur les chariots de soins et mise en place du matériel sécurisé dans les services) qui tenait à plusieurs faits : retard de distribution du matériel de la part des fournisseurs, temps dédié à la certification, durée des tests de matériels par les médecins anesthésistes, absence temporaire du responsable de l'action. Ces résultats ont permis de formuler des préconisations pour faciliter l'avancement des actions de gestion des risques, présentées sous forme d'opportunités et de menaces à prendre en compte pour les dynamiques à venir :

### Opportunités

- Formaliser l'évaluation de l'efficacité des actions mises en œuvre ;
- Communiquer sur les actions de gestion des risques en privilégiant une démarche pédagogique mettant l'accent sur les objectifs, la justification et les retombées attendues des projets.
- Assurer la présence de personnes relais et le passage régulier des membres de la cellule qualité/gestion des risques dans les services ;
- Concerner les professionnels pour les restitutions d'évaluation des actions et proposer des discussions en équipe ;
- Continuer à exploiter les analyses de risques et les retours d'expériences (démarche d'organisation apprenante et d'amélioration continue) ;
- Mettre à disposition du personnel en nombre suffisant ;
- Fidéliser et stabiliser les équipes au sein des services ;
- Renforcer l'implication des médecins.

### Menaces

- Croire à la fluidité de la transmission de l'information en lien avec la petite taille de l'établissement et sous-estimer la nécessité d'une communication formalisée la plus large possible ;
- Lourdeur et complexité des procédures en lien avec les actions de GDR ;
- Surcharge de travail.

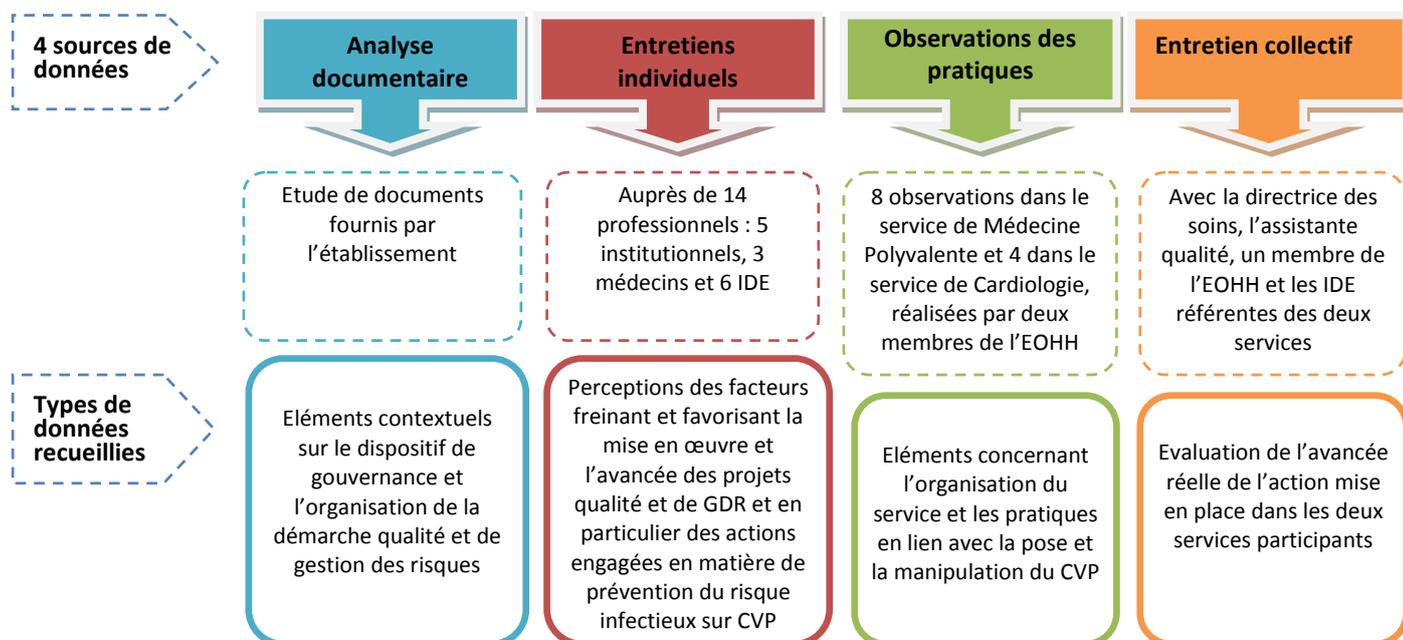
### CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements de santé constitue une priorité et un enjeu de santé publique pour améliorer la prise en charge du patient et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Cette amélioration passe par la mise en place d'actions dont la structuration, la mise en œuvre, l'avancement et le suivi sont plus ou moins faciles selon les établissements.

Le projet PROGRESS avait pour objectif **d'étudier les facteurs associés à l'état d'avancement des actions de gestion des risques associés aux soins**. Le risque associé aux soins retenu pour ce travail était **le risque infectieux sur cathéter veineux périphérique (CVP)**. Le projet a été réalisé dans 5 établissements : 3 cliniques et 2 centres hospitaliers. Pour chacun des établissements, 2 services de médecine ou de chirurgie ont été sollicités.

Ce projet a été réalisé dans l'établissement 5 entre avril et septembre 2013 au sein des services de Médecine Polyvalente et de Cardiologie.

### METHODE



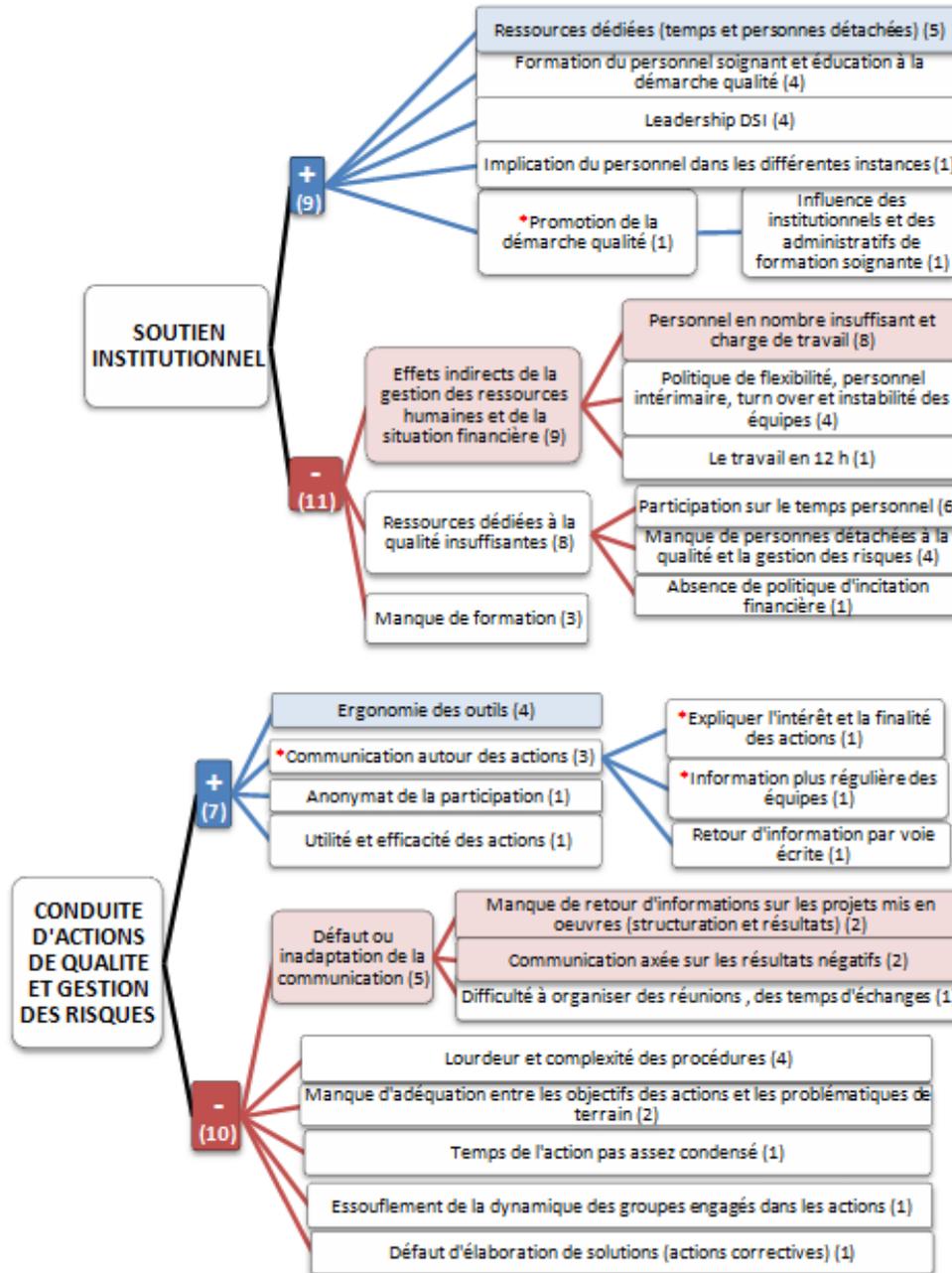
### PRINCIPAUX RESULTATS

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES RESULTATS

<b>RAPPEL DE L'ACTION ET DE SES OBJECTIFS</b>	<p>EPP « Pose et gestion du CVP » (à partir de la méthodologie d'audit du GREPHH) → 30 observations de poses et 30 observations de manipulations. Puis, 30 études rétrospectives de dossiers patients (15 en cardiologie et 15 en médecine polyvalente) ;</p> <p><b>Objectifs</b> : sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques ; améliorer la traçabilité de la surveillance quotidienne et du retrait ; mesurer l'efficacité et la pertinence de l'utilisation de nouveaux pansements de cathéter.</p>
<b>CONDUITE D'ACTION ET ETAT D'AVANCEMENT</b>	<p><b>Manque de clarté et de formalisation en amont de la structuration de la démarche</b> (défaut de consensus sur les objectifs de l'action, d'élaboration d'un calendrier prévisionnel) et du déroulement de l'action. Notamment manque de temps dédié ;</p> <p><b>Défaut de suivi régulier</b> de la mise en œuvre de l'action et d'évaluation de l'efficacité de l'action (des résultats).</p> <p>⇒ <b>Retard d'environ 3 ou 4 mois dans le déroulement de l'action.</b></p> <p><b>Justifications</b> : organisation « au fil de l'eau » (manque de formalisation d'un calendrier) en fonction des temps informels et des autres activités ; manque de temps dédié à la qualité/gestion des risques ; fermeture temporaire du service de cardiologie.</p>

## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS INTERVIEWES A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES

Une analyse thématique des entretiens réalisés, a mis en évidence au total 59 facteurs identifiés par les professionnels interviewés. Certains étaient perçus comme des leviers à l'avancement des actions de gestion des risques et de la qualité et d'autres comme des freins. Un même facteur était parfois identifié comme favorisant et freinant le déploiement des actions. Les freins évoqués étaient toujours des éléments perçus comme bloquants au sein de l'établissement et des services. Pour les leviers, certains étaient issus du vécu des interviewés, d'autres des propositions ou des solutions à mettre en œuvre en regard aux freins évoqués.



### Légende de l'arborescence

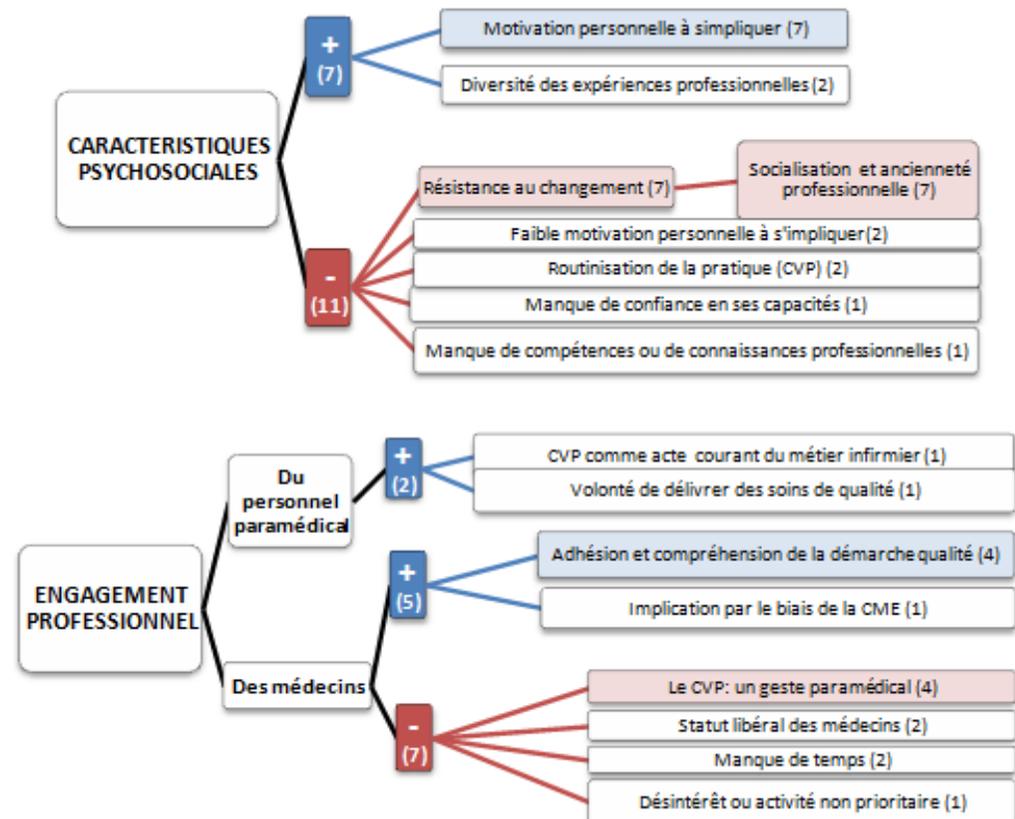
« - » : Facteurs freinants.

« + » : Facteurs facilitants.

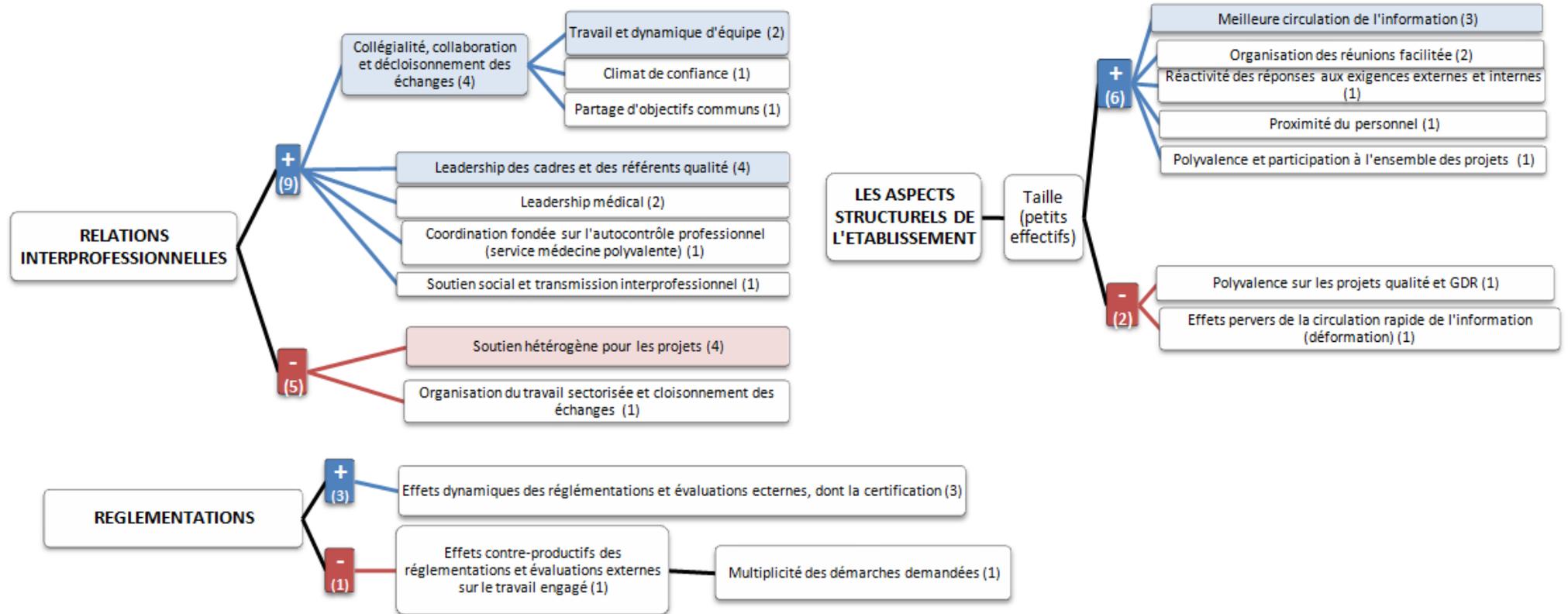
+ (N) ou - (N) : nombre d'interviewés ayant cité chaque catégorie de freins ou de leviers.

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

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



## ARBORESCENCE DES FREINS ET LEVIERS PERÇUS PAR LES PROFESSIONNELS A L'AVANCEMENT DES ACTIONS DE GESTION DES RISQUES (SUITE)



## RESULTATS DES OBSERVATIONS CONCERNANT LES BONNES PRATIQUES DE TRAÇABILITE, DE POSE ET DE MANIPULATION DU CVP

Pratiques observées	Médecine Polyvalente	Cardiologie	Total
	nb écarts/ nb critères observés		nb écarts/ nb critères observés (%)
Traçabilité dans les dossiers patients	8/65	5/33	13/98 (13,2 %)
Pratiques avant la pose	6/8	7/8	13/16 (81,2 %)
Pratiques de pose	10/32	7/32	17/64 (26,6 %)
Pratiques de manipulation	1/18	0/3	1/21 (4,8 %)
<b>Total nb écart/ nb critères observés (%)</b>	<b>25/123 (20,3 %)</b>	<b>19/76 (25 %)</b>	<b>44/199 (22,1 %)</b>

Un écart a été constaté dans **22,1 %** des pratiques observées. Sur l'ensemble des deux services, 81,2 % des pratiques observées avant la pose et 26,6 % des pratiques de pose n'étaient pas conformes aux bonnes pratiques. La fréquence des écarts variait de 20,3 % en Médecine Polyvalente à 25 % en Cardiologie.

### Conformité aux bonnes pratiques :

Pour la traçabilité dans les dossiers : 10 dossiers patients sur 16 ne présentaient aucun écart aux bonnes pratiques de traçabilité en Médecine Polyvalente, 4 sur 8 en Cardiologie.

Pour la pose : Les résultats d'observations montraient qu'il n'y avait aucun patient pour lequel il n'y avait pas d'écarts aux bonnes pratiques avant la pose et de pose. Il y avait entre 1 et 6 écarts selon le patient sur 10 critères évalués.

Pour la manipulation : Il y avait un écart aux bonnes pratiques de manipulation pour seulement 1 patient sur 5 dans le service d'Infectiologie et cela concernait 1 seul critère : la traçabilité de la surveillance.

## CONCLUSION

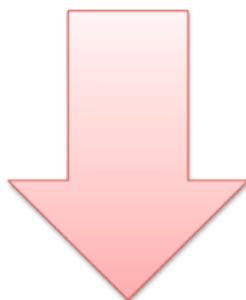
Ce projet a permis d'explorer les représentations des professionnels des services cliniques et des institutionnels, sur les freins et les leviers à l'avancement des actions de gestion des risques.

L'analyse des perceptions de ces professionnels et de ces acteurs institutionnels a permis d'identifier 29 facteurs freinant et 30 facteurs facilitant l'avancement des actions de gestion des risques.

Concernant l'état d'avancement de l'action, on constate un retard qui tient d'une part à un défaut de formalisation en amont de la structuration de la démarche et d'autre part à un manque de temps dédié à la réalisation des tâches liées à cette action.

Ces résultats ont permis de formuler des préconisations pour faciliter l'avancement des actions de gestion des risques, présentées sous forme d'opportunités et de menaces à prendre en compte pour les dynamiques à venir :

### Opportunités



- Formaliser des modalités de gestion de projets pour la mise en œuvre des actions (calendrier, pilotage, suivi, évaluation, etc.) ;
- Mettre à disposition : des ressources humaines dédiées à la qualité et à la GDR, du personnel en nombre suffisant par rapport à la charge de travail ;
- Promouvoir la démarche qualité/gestion des risques (sensibilisation et formation du personnel) ;
- Améliorer l'ergonomie des outils et la communication pour la conduite d'action (en mettant l'accent sur les objectifs, la justification et les retombées attendues des projets) ;
- Fidéliser et stabiliser les équipes soignantes ;
- Favoriser le leadership des cadres et l'implication des médecins.

### Menaces

- Croire à la fluidité de la transmission de l'information en lien avec la petite taille de l'établissement et sous-estimer la nécessité d'une communication formalisée la plus large possible ;
- Difficulté de suivi des actions liée au cumul des responsabilités de certains acteurs institutionnels ;
- Résistance au changement ;
- Défaut d'engagement du personnel soignant (principalement médical) dans les projets qualité et gestion des risques notamment par manque de temps ;
- Multiplicité des tâches et surcharge de travail.

