



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : 2013

Date du Jury : **Décembre 2013**

**L'acculturation
à la qualité-sécurité des soins :
L'impact du partenariat
entre directeurs des soins
institut de formation et établissement de santé**

Catherine TEDESCO

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos remerciements :

A Mme M.- E. COSSON et à Mr J.- C. VALLEE dont les conseils avisés nous ont permis de progresser dans l'écriture de ce mémoire,

à l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail, pour la qualité des données qu'elles nous ont fournies lors des entretiens, pour leur relecture,

à nos tuteurs de stage et de positionnement pour leur accompagnement dans notre formation,

à nos proches pour nous avoir soutenu.

« Se donner du mal pour de petites choses, c'est parvenir à de grandes avec le temps »

Samuel Beckett

« Ce que nous devons apprendre à faire, nous l'apprenons en le faisant »

Aristote

*« Si tu donnes un poisson à un homme, il se nourrira une fois.
Si tu lui apprends à pêcher, il se nourrira toute sa vie »*

Proverbe chinois de Lao Tseu

Sommaire

Introduction.....	1
1 La qualité et la gestion des risques : interactions entre formation et terrain	7
1.1 De la démarche qualité à la culture qualité / sécurité / gestion des risques : l'émergence du concept de sécurité des soins.....	7
1.2 Une organisation apprenante facilitant l'acculturation à la sécurité des soins	9
1.3 Les nouveaux référentiels de formation des paramédicaux : une opportunité pour l'acculturation à la sécurité des soins.....	13
1.4 DS gestion et DS formation : vers une gouvernance commune de la sécurité des soins.....	16
2 Des interactions entre acteurs à l'acculturation à la qualité - sécurité des soins : la réalité du terrain, l'émergence d'une co-construction.....	21
2.1 L'enquête et sa méthodologie : un panel de professionnels diversifiés, des documents et des communications permettant un état des lieux	21
2.2 La qualité - gestion des risques perçue selon le quotidien et le niveau d'opérationnalité de chacun des acteurs.....	24
2.3 De l'intérêt réciproque des acteurs de la qualité - sécurité des soins à interagir, à la prise de conscience de l'opportunité à saisir	28
2.4 Des initiatives à la nécessité de combiner des actions sur le long terme, donc de formaliser le partenariat entre IF et établissement de santé.....	31
3 Construire un partenariat entre institut(s) de formation et établissement favorisant l'acculturation à la qualité - sécurité des soins	37
3.1 DSG et DSF : Une collaboration contribuant à l'appropriation et à l'adhésion des professionnels à la valeur sécurité des soins.....	38
3.1.1 Une stratégie institutionnelle de collaboration	38
3.1.2 Les interfaces avec la direction qualité et la CME : des préalables essentiels.....	40
3.1.3 Le groupe projet : du diagnostic à l'implémentation du projet.....	41

3.1.4	La communication	42
3.1.5	Le management des cadres	42
3.2	Une organisation apprenante où les professionnels sont impliqués et s'acculturent à la sécurité en santé	43
3.2.1	Passer de la faute à l'erreur	44
3.2.2	Démystifier la mutualisation pour garantir le partenariat	46
3.2.3	Exploiter la réflexivité pour permettre aux acteurs d'analyser et d'améliorer leurs pratiques.....	47
3.3	La combinaison d'actions sur le long terme.....	48
3.3.1	Projet de soins, projet d'école et projet pédagogique : la formalisation du partenariat.....	49
3.3.2	La déclinaison du partenariat entre professionnels de terrain et formateurs	49
3.3.3	L'inscription des différentes structures et commissions de l'établissement dans le partenariat avec l'(les) institut(s) de formation.....	54
3.3.4	La place de la simulation	55
Conclusion.....		57
Bibliographie		61
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

AES	Accident d'Exposition au Sang
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation En Santé
APP	Analyse des Pratiques Professionnelles
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CDI	Centre de Documentation et d'Informations
CCLIN	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CM	Cours Magistral
COMEDIMS	Commission du Médicament Et des Dispositifs Médicaux Stériles
COFIL	Comité de Pilotage
CPA	Centre de Pédagogie Active
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DPC	Développement Professionnel Continu
DS	Directeur des Soins
DSF / DSG	Directeur des Soins (en institut de) Formation / Directeur des soins Gestion
ECTS	<i>European Credits Transfert System</i>
EI (G)	Événement Indésirable (Grave)
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IF	Institut(s) de Formation
IFAS	Institut de Formation des Aides-Soignants
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFMEM	Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFTLM	Institut de Formation des Techniciens de Laboratoire Médical
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PEP	Pratique Exigible Prioritaire
PNSP	Programme National sur la Sécurité des Patients
RMM	Revue de Morbidité Mortalité
TEFE	Travail Ecrit de Fin d'Etudes
TD	Travaux Dirigés
TP	Travaux Pratiques
UE / UI	Unité d'Enseignement / Unité d'Intégration

Introduction

Le mot « qualité » vient du latin *qualitas*, utilisé pour traduire *ποιotes*, en grec : « quel », ce qui correspond à « ce qu'il est »¹. Le terme « qualité » répond dans le langage ordinaire à une interrogation sur la valeur d'un objet. Une qualité, la qualité est aussi ce qui rend quelqu'un, quelque chose remarquable ; elle se révèle, se donne à voir. La qualité a, *a priori*, une définition simple et triviale. Celle-ci est le plus souvent connotée positivement si elle est évoquée dans un contexte, un contenu flou. Mais, énoncer une définition plus précise devient vite un exercice plus compliqué faisant référence à un caractère relatif.

Les structures de soins répondent depuis l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 et le décret n°97-311 du 7 avril 1997 à l'obligation de s'engager dans une procédure d'accréditation, donc de développer une politique d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles. Le concept de qualité à l'hôpital s'est progressivement construit grâce aux travaux de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), puis aux rapports de l'Agence Nationale d'Accréditation En Santé (ANAES) dans lesquels les notions de qualité perçue/qualité voulue, du coût de la non-qualité ont constitué des messages essentiels pour sensibiliser un maximum d'acteurs.

Les établissements de santé se sont graduellement inscrits dans la démarche qualité. Il s'agit d'une véritable révolution culturelle qui marque l'histoire hospitalière puisque jusque-là les démarches qualité étaient circonscrites aux entreprises industrielles, non aux organisations non marchandes telles que l'hôpital. L'évaluation « *à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement*² » a été privilégiée. Tout d'abord réalisée par l'ANAES et depuis 2005 par la Haute Autorité en Santé (HAS), l'accréditation (réservée désormais à l'accréditation des médecins et équipes médicales) est remplacée en août 2004 par la certification³.

En presque deux décennies, la généralisation des pratiques d'évaluation a contribué à ce que la qualité de fait, soit, non seulement un incontournable, mais devienne surtout un moyen de progresser, donc de construire ensemble du collectif au service du particulier. Désormais, la politique qualité des établissements de santé allie

¹ VIAL Michel, « Les missions du formateur et la qualité : entre désignation et attribution ». *Education permanente*, n° 147, p. 118.

² Article L. 6113-3 du code de la santé publique.

³ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

une démarche qualité, une gestion des risques et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour contribuer à améliorer la sécurité des soins, la HAS a identifié deux principaux leviers⁴. Le premier, largement mis en œuvre, a fait ses preuves et correspond à la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Le deuxième, le développement d'une culture de sécurité des soins, est désormais reconnu comme stratégiquement une priorité pour rendre pérenne la sécurité des soins.

Ainsi, le développement de la culture contribue à la maîtrise des risques liés aux soins qualité et doit permettre à la sécurité des soins d'être améliorée. C'est pourquoi le manuel de la certification V2010 comporte un critère spécifique dédié au développement d'une culture qualité et sécurité⁵.

De fait, développer une culture de sécurité des soins nécessite de mener des actions sur le moyen et long terme mais repose aussi sur la combinaison d'actions.

La culture qualité est composée de plusieurs dimensions⁶ qui interfèrent mais dont le nombre n'est pas défini. Celles-ci contribuent à créer un ensemble cohérent et intégré de comportements. Désormais les termes de culture qualité, de culture partagée et dorénavant d'acculturation sont utilisés par les auteurs. Plusieurs articles⁷ questionnent les mobilisations nécessaires et la pluralité des outils de communication pouvant participer à l'acculturation au système qualité-risques d'un établissement de santé.

Dans le cadre de notre expérience professionnelle, en référence aux dimensions de la culture qualité - sécurité des soins⁸ et en intégrant les étudiants, nous avons exploré plus particulièrement deux dimensions : celle liée à l'organisation apprenante et celle concernant le soutien du management.

Ainsi, faisant fonction (FF) de DS en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), nous avons saisi l'opportunité offerte par le référentiel de formation 2009⁹, concernant l'approche qualité – sécurité des risques. En effet, la posture réflexive, l'approche par compétences, les deux unités d'enseignement (UE) relatives à l'amélioration de la qualité des soins - la gestion des risques et l'évaluation des pratiques¹⁰ devaient, selon nous, pouvoir être mises en lien pour donner sens à la qualité

⁴ HAS. « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. », décembre 2010, p. 5.

⁵ Critère 1.g, chapitre 1 Management de l'établissement, partie 1 Management stratégique, Référence 1 la stratégie de l'établissement. HAS, Manuel de certification V2010, avril 2011, p.20.

⁶ HAS. « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. », décembre 2010, p. 6.

⁷ BAZET I., JOLIVET A. et MAYERE A., « Pour une approche communicationnelle du travail d'organisation : changement organisationnel et gestion des événements indésirables », Communication et organisation, 33 | 2008, Presses universitaires de Bordeaux, pp. 31-39.

⁸ cf. ANNEXE 1 : Culture de sécurité des soins et dimensions.

⁹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

¹⁰ Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle. UE 4.5 du semestre 4 « Soins infirmiers et gestion des risques » et UE 4.8 du semestre 6 « Qualité des soins, évaluation des pratiques ».

et sécurité des soins. Nous avons donc travaillé en collaboration avec l'établissement de rattachement de l'IFSI. Les formateurs ont conçu ces UE en gardant à l'esprit la « notion de l'infirmier praticien réflexif, agissant de manière autonome dans son champ d'action et capable d'argumenter sa pratique et de la faire évoluer en la confrontant¹¹ ». En effet, comme le souligne G. ROBERTON, il s'agit d'un « changement de paradigme qui intervient dans le sens où la pédagogie par objectif est balayée par le socioconstructivisme¹²».

En formation clinique, le référentiel 2009 a permis la formalisation de l'utilisation des situations professionnelles comme moyen pédagogique. Les étudiants infirmiers analysent et construisent leurs savoirs. « Ils apprennent à confronter leurs connaissances et leurs idées. L'auto-analyse est favorisée dans une logique de « contextualisation et de décontextualisation » et devient un mode d'acquisition de connaissances et de compétences »¹³. Chaque stage fait donc l'objet d'analyses de pratiques qui participent à sa validation. L'acquisition de l'analyse de la pratique professionnelle fait partie des objectifs institutionnels et personnels de stage.

L'enseignement de la démarche qualité, de la gestion des risques et la mise en place des analyses de pratiques tels que nous les avons menés, ont été possibles et ont abouti en regard de facteurs favorisants identifiables.

Institutionnellement, il existait un partenariat entre l'établissement de rattachement et l'institut de formation ainsi qu'une collaboration réelle entre les acteurs. Cette collaboration était formalisée dans les chartes d'encadrement et dans le projet pédagogique. L'alternance des cadres de santé entre formation et terrain était pratiquée. Cette politique faisait l'objet d'une information à l'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Les formateurs recrutés étaient majoritairement des cadres ayant exercé en unités de soins. Cela avait pour conséquence une connaissance et une reconnaissance entre cadres de santé et cadres formateurs.

De la même façon, les professionnels de terrain quel que soit leur métier étaient sollicités pour intervenir à l'IFSI et les cadres formateurs étaient intégrés aux actions du projet d'établissement (pilote ou membre de groupe projet, auditeurs internes).

Enfin, de longue date, les formateurs construisaient leurs évaluations à partir de cas concrets collectés en unités de soins. Cette proximité certaine contribuait fortement à

¹¹ COUDRAY M.A et GAY C., Le défi des compétences : comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières. Edition Masson. 2009, p. 14.

¹² G. ROBERTON, « La réingénierie des diplômes des professions paramédicales, une opportunité pour les documentalistes », Les cahiers hospitaliers, 2010, p.32.

¹³ Annexe III de l'arrêté de 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier- 5. Formation théorique, Les études de situations dans l'apprentissage.

la collaboration. Les interactions étaient importantes. Il existait entre professionnels de formation et de terrain des apports réciproques dont les étudiants bénéficiaient.

A la suite de l'analyse des constats issus de notre expérience professionnelle, il nous est apparu que le changement lié à la mise en place d'un référentiel basé sur les compétences¹⁴ et l'approche réflexive allait, après les infirmiers, progressivement influencer « le profil » de tous les professionnels paramédicaux et que celui-ci était en mutation.

Effectivement aujourd'hui, les ergothérapeutes¹⁵, les manipulateurs d'électroradiologie médicale¹⁶ et les masseurs kinésithérapeutes¹⁷ bénéficient aussi d'UE relatives à la qualité et la gestion des risques. Bientôt, le schéma de formation de tous les professionnels paramédicaux s'articulera autour des savoirs et de l'exploitation des pratiques réalisée avec les formateurs et les tuteurs. Cela devrait contribuer à instaurer une culture de l'analyse de la pratique professionnelle, indispensable à la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

Le passage de la faute à l'erreur, la sensibilisation des futurs professionnels à la certification font qu'ils se mobiliseront et accéderont à la culture du signalement. L'appropriation de la pratique réflexive est donc une nouvelle donne qui impacte tous les domaines de la prise en charge des patients. Ainsi, dans la formation clinique et théorique, des interactions existent entre les étudiants, leurs tuteurs, les formateurs. Elles peuvent avoir des effets non négligeables sur l'acculturation à la qualité et la gestion des risques.

Ainsi, la formation devient le creuset de la culture qualité. Que nous soyons DS en établissement de santé ou en formation, il nous apparaît essentiel de rechercher et d'optimiser tous les moyens contribuant à assurer des soins de qualité sécurisés et permettant la mise en œuvre de la gestion des risques associée aux soins.

¹⁴ Référentiel de compétences. Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.

¹⁵ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute : UE 5.1 du semestre 6 « Méthodes et outils d'analyse de la qualité et de traçabilité » en lien avec la compétence 7 : Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.

¹⁶ Annexe IV de l'arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale. UE 4.13 en semestre 5 « Démarche qualité et gestion des risques » en lien avec la compétence 5 : Mettre en œuvre les normes et principes de qualité, d'hygiène et de sécurité pour assurer la qualité des soins et UE 6.5 en semestre 6 « Organisation du travail et analyse des pratiques » en lien avec la compétence 7 : Evaluer et améliorer ses pratiques professionnelles.

¹⁷ Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Nous avons donc saisi l'opportunité de notre mémoire professionnel pour nous demander :

En quoi les interactions entre étudiants, formateurs et professionnels de terrain peuvent-elles contribuer à renforcer l'acculturation à la qualité et gestion des risques ?

Dès lors, à ce stade de notre réflexion, les hypothèses suivantes se dégagent et vont guider notre travail :

- C'est au travers de la formalisation du partenariat entre instituts de formation et terrains de stage que DSG et DSF permettent à l'organisation d'être apprenante.
- C'est par le biais des analyses de la pratique professionnelle que chacun des trois protagonistes accède à un partage de valeurs et à un ensemble cohérent et intégré de comportements en matière de qualité - gestion des risques.
- C'est en co-construisant les unités d'enseignement en lien avec la qualité et la gestion des risques, que les formateurs et les professionnels contribuent à intégrer réciproquement la culture qualité et gestion des risques et la transmettent.

Nous proposons donc d'éclairer les concepts en lien avec la problématique posée. Ensuite, nous les confronterons aux points de vue et aux expériences de professionnels de terrain et de la formation. L'analyse menée nous permettra d'énoncer des préconisations. Celles-ci seront centrées sur la construction d'un partenariat entre établissement de santé et instituts de formation. Ainsi, nous identifierons que la combinaison d'actions stratégiques et opérationnelles menées sur le long terme par le DSG et le DSF, permet l'acculturation à la qualité – sécurité des soins.

1 La qualité et la gestion des risques : interactions entre formation et terrain

Nous allons, tout d'abord, mettre en évidence que l'émergence du concept de sécurité des soins au sein d'un établissement de santé - organisation apprenante - et l'opportunité des nouveaux référentiels de formation des paramédicaux vont contribuer à l'acculturation à la qualité – sécurité des soins. Puis, nous identifierons comment le DS gestion et le DS formation peuvent stratégiquement, compte tenu de ces éléments, collaborer et formaliser un partenariat, favorisant les interactions entre professionnels de terrain et de formation, qui soit propice à l'acculturation.

1.1 De la démarche qualité à la culture qualité / sécurité / gestion des risques : l'émergence du concept de sécurité des soins

La démarche qualité a été impulsée dès juillet 1991 avec la loi n°91-748 portant réforme hospitalière qui, dans son article L 710-4, introduisait la notion d'évaluation des pratiques professionnelles. Puis l'accréditation, la certification ont progressivement permis de mettre en place au sein des établissements de santé une démarche d'amélioration continue de la qualité. La V2010 a alors pour finalité de « développer la culture de la mesure de la qualité des soins, disposer de mesures factuelles de la qualité, renforcer l'effet levier sur l'amélioration¹⁸ ». Ainsi, la prise en compte de l'importance de la culture de qualité et sécurité s'est traduite par la création du critère 1.g : Développement d'une culture qualité et sécurité.

Plus récemment, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoire (HPST) a rappelé l'obligation de mettre en œuvre une « politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités¹⁹ ».

Désormais, les organisations en lien avec la politique du médicament et la gestion des risques associés aux soins au niveau des établissements de santé sont définies par les textes : Le décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, puis l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments, ...

¹⁸ HAS, « Manuel de certification des établissements de santé V2010 », novembre 2008, p. 8.

¹⁹ « L'hôpital », Rapport IGAS 2012, p. 96.

En parallèle, depuis 2011, la « semaine de la sécurité des patients » vise à créer une dynamique associant patients et professionnels. Le premier Programme National sur la Sécurité des Patients (PNSP), lancé fin 2012, impacte la période 2013-2017²⁰. Quatre thématiques structurent le programme. Deux ont retenu notre attention : la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins dans une logique d'apprentissage et d'amélioration des pratiques ; l'amélioration de la culture de sécurité des professionnels de santé *via* la formation initiale et continue.

Ainsi la certification, « par la continuité de son dispositif de suivi et par la montée graduelle de ses exigences, contribue au déploiement et à la pérennisation des démarches de progrès des établissements de santé²¹ ».

Elle représente un levier important pour développer une culture de sécurité des soins et de gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé. Il est, en effet, tout aussi important de diminuer les événements graves évitables dont une des principales causes est la prise en charge médicamenteuse, que de ne pas négliger les événements bénins récurrents.

A ce titre, la culture de sécurité des soins nécessite une approche globale de la gestion des risques, c'est-à-dire une prévention (*gestion a priori*) et un traitement (*gestion a posteriori*). Ainsi aux deux dimensions du risque, gravité et probabilité, doivent être combinés des outils méthodologiques de gestion des risques associés aux soins²². Il s'agit, entre autres, d'approcher l'incident critique *via* le levier pédagogique que représente la pratique réflexive.

Ainsi, la définition de la culture de sécurité des soins, retenue par la HAS, est la suivante : « Un ensemble cohérent et intégré des comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins²³ ». Aujourd'hui, la culture qualité a évolué vers la culture de sécurité des soins : concept plus large, d'actualité, omniprésent et incontournable. Cependant le système actuel montre quelques limites.

²⁰ Dr GRALL J-Y. et F-X. SELLERET, n° 79 juin 2012, « Les politiques et dispositifs de sécurité du patient/ Programme national pour la sécurité des patients », *ADSP.*, p. 57-58.

²¹ HAS, « Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ? ». Synthèse, février 2013, p. 2.

²² CRIDELICH C., Méthode ALARM utilisée par le CHU de Nice. Thèse « Management du risque à l'hôpital, évaluation d'une nouvelle méthode d'analyse de risque appliquée à la prise en charge du patient par chimiothérapie », p. 44.

²³ HAS, Dr OCCELLI P., « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. », décembre 2010, p. 5.

En effet, les établissements de santé sont des lieux où gravitent et interfèrent une multitude d'acteurs. De fait, le répertoire officiel de la fonction publique hospitalière recense 201 métiers différents. Ainsi, un des principaux challenges à relever pour que la mise en place de la culture de sécurité des soins soit effective et pérenne est que la dimension pluri-professionnelle soit intégrée. Tous les professionnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs, mais aussi les étudiants et élèves, doivent donc être partie prenante des organisations. Il paraît essentiel que les logiques de chacun puissent se rejoindre et avoir comme priorité la qualité – sécurité des soins. Cette démarche a alors un double objectif : assurer aux patients des soins de qualité mais aussi protéger les professionnels.

Le développement de la culture qualité – sécurité a été amorcé. Il s'agit désormais de l'accompagner pour que tous les acteurs de terrain se l'approprient. Pour cela, nous allons nous demander : Comment l'hôpital, organisation apprenante, peut-il y contribuer ?

1.2 Une organisation apprenante facilitant l'acculturation à la sécurité des soins

Il ne fait aucun doute que la sécurité des soins est une priorité pour les professionnels comme pour les managers. La finalité est donc que les professionnels sensibilisés à la qualité et la sécurité des soins deviennent « autant des acteurs-observateurs de leurs pratiques de soins et de leur sécurité, que les garants du bon fonctionnement de l'ensemble des dispositifs de sécurisation des soins ²⁴ ». C'est à ce niveau que se situe le principal enjeu.

Or, dès 2007, la HAS a pris conscience qu'il existait « encore des difficultés en termes d'appropriation et d'adhésion²⁵ » et qu'il était donc essentiel de « garantir que la qualité ne soit pas circonscrite à l'engouement de quelques-uns [...] et de faire émerger une culture commune²⁶ ». En 2010²⁷, en référence à des publications nord-américaines, la HAS identifie dix dimensions²⁸ qui composent la culture de sécurité. Celles-ci correspondent à des axes stratégiques qui vont contribuer à l'acculturation à la sécurité des soins. La HAS

²⁴ *Risques & Qualité* • 2007 - Volume IV - N°4, « La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence », p. 211.

²⁵ HAS, Dr OCCELLI P., « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. », déc 2010, p. 10.

²⁶ HAS, « Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé. », décembre 2007, p. 18.

²⁷ HAS, Dr OCCELLI P., « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. », déc 2010.

²⁸ cf. ANNEXE 1.

spécifie que « leur nombre, contenu et dénomination ne font pas, à ce jour, l'objet d'un consensus²⁹ ».

Cependant, il est clair que ce sont « la combinaison d'actions, des interventions sur le long terme et des éléments contextuels favorables qui contribuent au développement de la culture de sécurité³⁰ ».

Enfin, en mars 2012, la HAS publie un document³¹ regroupant concepts et fiches pratiques. Ainsi, le processus conduisant à la réduction des événements indésirables nécessite de « bonnes pratiques de management de la sécurité » ; celles-ci contribuent au « développement d'une culture de sécurité », culture qui aboutit à de « bonnes pratiques de sécurité »³².

Notre cheminement nous a conduit à prendre en compte l'enquête conduite en 2011 - 2012 par l'institut de sondage IPSOS sur la perception et les attentes des professionnels et représentants des usagers vis-à-vis de la certification³³ et le rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

L'enquête IPSOS révèle que la proportion des personnes impliquées varie selon les fonctions : 82% pour les directeurs d'établissement et les présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME), 46% pour les cadres de santé, 11% pour les infirmiers et 9% pour les aides-soignants. Par ailleurs, les personnes interrogées jugent indispensables l'accompagnement par des outils pédagogiques et les actions sur le travail en équipe.

Le rapport 2012 de l'IGAS sur l'hôpital met, quant à lui, en exergue que malgré les actions déjà entreprises, il persiste un inégal investissement des professionnels, des équipes, des établissements dans la démarche qualité³⁴. Des marges de progression existent. Il préconise, entre autres, de renforcer le pilotage de la qualité et la coordination des démarches qui à ce jour sont, soit centrées sur certains risques, soit basées sur la mise en œuvre de procédures³⁵. Les progrès résident donc dans la recherche de synergies entre acteurs et dispositifs de gestion des risques³⁶ afin que qualité, sécurité et gestion des risques soient considérées et traitées comme un tout et intégrées dans l'activité quotidienne des professionnels (organisation des tâches et « routines »).

²⁹ HAS, Dr OCCELLI P., « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. », déc 2010, p. 6.

³⁰ *Ibidem* p. 10.

³¹ HAS, « La sécurité des patients : mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé – Des concepts à la pratique », mars 2012.

³² *Ibidem* p 97 : fiche 7. Processus : fiche 8, fiche 7 et fiches 28 et 29.

³³ HAS, Certification & Actualités, lettre trimestrielle d'information sur la certification, destinée aux établissements de santé - Certification et Actualités n°10, juillet-septembre 2013, rubrique Observatoire.

³⁴ IGAS, rapport 2012 « L'hôpital », La documentation française, p. 78 et p. 94.

³⁵ *Ibidem* p. 85 et 96.

³⁶ *Ibid.* p. 97.

Compte tenu de la problématique de notre travail, des hypothèses formulées et des facteurs favorisant préalablement identifiés, **trois des dix dimensions³⁷ composant la culture qualité ont, plus particulièrement, retenu notre attention. Il s'agit du « soutien du management pour la sécurité des soins », du « travail d'équipe entre les services de l'établissement » et de l'« organisation apprenante et amélioration continue »**. Ces dimensions correspondent, pour nous, à des axes stratégiques pour le DS, qu'il soit en gestion ou en formation.

L'élément contextuel, que nous avons identifié à un niveau macro, est la réforme progressive de tous les programmes d'études des paramédicaux car celle-ci allie au niveau de l'enseignement clinique, les analyses des pratiques professionnelles et au niveau de l'enseignement théorique, les UE qualité - gestion des risques.

Il s'agit donc, pour le DS, manager de la qualité – sécurité des soins, de conduire le changement en contribuant à bâtir une organisation apprenante telle que l'a définie GARVIN³⁸ : « Une organisation capable de créer, acquérir et transférer de la connaissance et de modifier son comportement pour refléter de nouvelles connaissances ». Cette organisation apprenante contribue à l'apprentissage³⁹ en apportant deux types de connaissances : théoriques et opératoires.

Ainsi, l'organisation apprenante est un modèle de management des compétences qui peut se traduire sur le terrain par « apprendre à apprendre collectivement » et « mobiliser l'intelligence collective ». Elle encourage donc au quotidien l'initiative et le développement des compétences. Centrée sur la réflexivité, l'organisation va favoriser une élaboration collective de sens car construite à partir de débats, de confrontations. En effet, lorsque les situations de travail sont exploitées à des fins d'apprentissage, cela aboutit à des enseignements issus de l'expérience.

L'hôpital est *a priori* aussi une organisation apprenante pour les étudiants. Pour cela, il est nécessaire, d'une part, que DSG et DSF aient « une volonté mutuelle de rapprochement et de travail collaboratif »⁴⁰. D'autre part, il convient que les DS (DSG et DSF) managent les cadres afin que ceux-ci puissent décliner ce management des compétences au sein de leurs équipes.

³⁷ cf. ANNEXE 1.

³⁸ CASTAGNOLI S., n°7 janvier 2006 – Université François Rabelais Tours, « L'organisation apprenante : une approche bidimensionnelle » *Lettre du CERMAT*, issu de : *Harvard Business Review*, vol. 71, n° 4, juin-juillet 1993, GARVIN D.A. « *Building a learning organization* ».

³⁹ Revue interdisciplinaire des sciences humaines et sociales, n°3/2009 : « Management de la qualité et organisation apprenante: l'apport de Deming » MAILIS N., p.14 et p. 19.

⁴⁰ GIRAUD-ROCHON F., 2010, « L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ? L'incidence du nouveau programme de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital. », Mémoire EHESP, p. 36.

Ainsi, l'organisation apprenante permet un engagement dans un processus de culture partagée de la qualité – sécurité des soins et entre autres permettre l'acculturation à la qualité - sécurité des soins.

Le concept d'acculturation, utilisé en anthropologie depuis 1880, est de plus en plus fréquemment usité et mobilisé dans les publications relatives à la culture qualité. Ce mot est formé à partir du préfixe latin *ad*, qui exprime le rapprochement. Aujourd'hui, le concept d'acculturation est employé par les sociologues pour rendre compte des changements culturels dans les sociétés modernes. En 1936, HERSKOVITS, LINTON et REDFIELD proposent dans le *Mémoire pour l'étude de l'acculturation*, une définition qui fait encore autorité : « L'acculturation est l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles culturels initiaux de l'un ou des deux groupes »⁴¹.

Le fait que les protagonistes soient en contact, en interaction est la condition majeure qui contribue à l'acculturation. Ensuite la nature de ces contacts, libres ou contraints / continus ou discontinus, influence l'acculturation et les mécanismes de transfert. Cette acculturation va être de deux ordres⁴² : l'acculturation mentale qui concerne les changements d'idées, de valeurs, de croyances et l'acculturation matérielle caractérisée par l'adoption d'outils, d'objets. Le plus souvent, les changements dans les valeurs modifient les comportements matériels et *vice-versa*.

Ainsi, on observe une gradation dans le processus d'acculturation selon le domaine sociologique étudié (par exemple : politique d'immigration des années 70 où acculturation correspond à assimilation, c'est-à-dire disparition totale de la culture d'origine). Ici, dans le domaine de la qualité – sécurité des soins, l'acculturation correspond au syncrétisme observé dans d'autres espaces, c'est-à-dire à la combinaison d'éléments qui donnent naissance à un nouveau système⁴³ (par exemple syncrétisme religieux).

L'acculturation entraîne des implications tant au niveau de l'individu que du groupe. En psychologie sociale, l'acculturation correspond, pour GRAVES⁴⁴, au « processus d'apprentissage qui rend compte des changements vécus par les individus dont le groupe

⁴¹ BRAMI A., « L'acculturation : étude d'un concept », *DEES* 121/octobre 2000, p. 54.

⁴² *Ibidem* p. 58.

⁴³ *Ibid.* p. 59.

⁴⁴ T.D Graves, *Psychological acculturation in a tri-ethnic community*, 1967.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Acculturation_psychologique

culturel est collectivement en voie de s'acculturer ». Ainsi, s'acculturer implique l'élimination de certains éléments ou leur réorganisation. De nouveaux comportements et de nouvelles valeurs se substituent aux anciennes ou s'y mélangent. Cela induit des changements dans les hiérarchies sociales et professionnelles, des formes nouvelles d'éducation/formation peuvent se substituer aux pratiques habituelles. De fait, le phénomène d'acculturation apparaît comme une richesse permettant de développer de nouveaux possibles.

Au sein de l'organisation apprenante qu'est un établissement de santé, DS en gestion et en formation vont ainsi participer à l'acculturation à la qualité - sécurité des soins et ce, d'autant plus qu'ils vont saisir l'opportunité de la mise en œuvre progressive des nouveaux référentiels de formation pour les paramédicaux.

1.3 Les nouveaux référentiels de formation des paramédicaux : une opportunité pour l'acculturation à la sécurité des soins

La France, comme de nombreux autres pays européens, a signé les accords de Bologne⁴⁵ du 19 Juin 1999 qui ont permis aux formations professionnelles d'intégrer le système universitaire Licence Master Doctorat (L.M.D). La mise en place en septembre 2009⁴⁶ du « nouveau » référentiel de formation des études des infirmiers, correspond au lancement du processus d'universitarisation de toutes les formations paramédicales conférant à partir de juillet 2012 aux infirmiers diplômés, un diplôme d'Etat valant grade de licence. Les formations d'ergothérapeute, de manipulateur en radiologie, de masseur-kinésithérapeute lui ont succédé.

Désormais, les formations des paramédicaux s'articulent autour d'une logique de compétences et non plus de savoirs disciplinaires, et s'inscrivent dans une pratique réflexive. Les unités d'enseignement théoriques ou cliniques sont rattachées à des compétences, leur nombre est variable selon la profession paramédicale. Ces compétences s'acquièrent progressivement au fil des semestres couplant acquisitions théoriques et cliniques. Il existe des compétences « cœur de métier » et des compétences transversales. Elles sont communes aux différentes professions paramédicales (l'information et la formation des étudiants et élèves, l'organisation et la coordination des soins, la recherche, ...). Chacun des référentiels de formation comporte

⁴⁵ Les accords de Bologne visent la construction d'un espace européen de l'enseignement supérieur.

⁴⁶ Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'Etat infirmier.

une compétence transversale relative à la qualité - gestion des risques et à l'amélioration de la pratique.

De plus, la posture réflexive est intégrée dans tous les référentiels de formation. En effet, « l'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions⁴⁷ ». L'étudiant est donc accompagné à penser et à regarder sa propre façon d'agir dans une dynamique tant critique que constructive. Cette démarche facilite la mise en lien des éléments de compétences.

De fait, la formation des paramédicaux va, indubitablement et progressivement, impacter les soignants de demain tant au niveau de leur profil que de leurs compétences. D'une part, ils seront tous sensibilisés à la culture qualité – sécurité des soins du fait des UE et des modalités pédagogiques mises en œuvre par les DS des instituts de formation. D'autre part, ils seront initiés à la réflexivité grâce aux analyses de pratiques réalisées à l'issue des stages.

Il nous apparaît donc qu'il se dégage des leviers contributifs à l'acculturation à la sécurité des soins. Les situations pédagogiques utilisées par les formateurs lors des travaux dirigés (TD) et des unités d'intégration (UI). Par exemple, l'identification, la déclaration et l'analyse d'un événement indésirable vont faire sens et progressivement permettre de passer d'une approche « faute » à une « approche erreur ».

Par ailleurs, les étudiants réalisent, sur le lieu de stage et/ou à l'institut de formation en présence du formateur et/ou du tuteur, des analyses de pratiques professionnelles (APP). La réalisation d'APP permet de développer chez l'étudiant la pratique réflexive, en cours et après l'action. Elle contribue à sa professionnalisation. Ainsi, les futurs professionnels se questionnent déjà sur les procédés, l'organisation et la qualité de leurs pratiques.

Dans le cadre de la certification des établissements de santé et pour les médecins, quel que soit leur lieu d'exercice, des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) existent depuis avril 2005⁴⁸. « L'EPP peut être définie comme la conduite d'une action explicite d'amélioration par rapport à une pratique cible définie au regard des données de la littérature⁴⁹ ». Une EPP permet de mesurer les écarts, de déceler les points faibles et de les améliorer.

⁴⁷ Annexe III de l'arrêté de 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier, 2. Principes pédagogiques – La posture réflexive.

⁴⁸ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

⁴⁹ HAS, « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », juin 2005, p. 2.

Les futurs professionnels bénéficient désormais, *via* la démarche réflexive qu'ils acquièrent, d'une approche qualité et d'une méthodologie qui peuvent être transférables, transposables pour les évaluations des pratiques. Les APP correspondent ainsi à des prérequis permettant aux nouveaux professionnels de s'inscrire plus aisément dans la logique et la méthodologie des EPP. De plus, ils auront été initiés à la démarche, pourront être moteurs et ressources pour leurs collègues. L'introduction du dispositif d'analyse de pratiques dès la formation initiale contribue à développer chez les étudiants la culture qualité – sécurité des soins qu'ils pourront transmettre aux équipes pendant leurs stages et une fois diplômés.

Ainsi sommes-nous, compte tenu des interactions possibles et offertes, en présence d'une opportunité d'apprentissages réciproques entre futurs professionnels, professionnels encadrants et formateurs. Il s'agit d'interactions au sens « d'échanges d'information, d'affects ou d'énergie entre deux agents au sein d'un système⁵⁰ ». Ces phénomènes relationnels désignent tantôt un processus, tantôt un objet, tantôt un point de vue. Et « les interactions peuvent être définies comme des actions réciproques modifiant le comportement ou la nature des éléments, corps, objets, phénomènes en présence ou en influence⁵¹ ».

De ce fait, lorsque nous envisageons les interactions entre les terrains de stage et les instituts de formation, celles-ci sont à entendre au sens large. C'est-à-dire qu'elles concernent les différents acteurs que sont les DS gestion et formation, les cadres de santé en unités de soins et les formateurs, les infirmiers, aides-soignants, rééducateurs et médicotextiques, les responsables qualité et gestionnaires des risques, les médecins,...et enfin les stagiaires ou étudiants quels qu'ils soient. Ces interactions, telles que les définit GOFFMAN⁵², ont pour objet un sens commun qui se comprend « comme un ensemble de représentations collectives permettant d'attribuer la même signification aux actions. Chacun sait se comporter en fonction des exigences d'une situation donnée, exigences qui existent sous la forme d'attentes normatives⁵³ ».

Nous savons qu'aujourd'hui des initiatives d'interactions innovantes et formalisées voient le jour tels que l'intégration des futurs professionnels aux EPP du CH de rattachement, la participation des étudiants aux déclarations d'événements indésirables (EI), l'accès aux comités de retour d'expériences (CREX) pour les stagiaires, l'organisation d'une journée de sensibilisation sur les risques hospitaliers pour les

⁵⁰ MARC E. et PICARD D., « Interaction », *Vocabulaire de la psychosociologie*, Eres, 2006

⁵¹ MORIN E., *La Nature de la nature (t. 1), La Méthode (6 volumes)*, Le Seuil, 1977, p. 51.

⁵² BONICCO C., juillet 2006, « Goffman et l'ordre de l'interaction : Un exemple de sociologie compréhensive », *Philonsorbonne* n° 1/2006-07, pp. 31- 48, p. 44.

⁵³ *Ibidem* p. 46.

étudiants infirmiers de 3^{ème} année⁵⁴, la mutualisation d'enseignements, ou encore la construction d'Unité d'Intégration (UI) relative à la qualité – sécurité des soins entre professionnels paramédicaux...

Selon nous, de telles actions vont contribuer à l'acculturation à la qualité - sécurité des soins. Elles mettent en interaction par le biais du partenariat mis en œuvre au sein de l'organisation apprenante qu'est le lieu de stage, professionnels et futurs professionnels au sein d'équipes pluridisciplinaires. Elles permettent ainsi de développer un apprentissage intergénérationnel et pluri-professionnel basé sur la réflexivité, apprentissage ayant pour objet l'acculturation à la qualité - sécurité des soins.

1.4 DS gestion et DS formation : vers une gouvernance commune de la sécurité des soins

Le DS, en référence au décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010⁵⁵, « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». La loi HPST a, quant à elle, rapproché les modes de fonctionnement du directeur des soins et du président de CME puisque tous deux doivent s'entourer des ressources nécessaires pour assurer qualité et sécurité des soins. De fait, le DS est un acteur stratégique au cœur du projet d'établissement.

En institut de formation, le DS est « responsable de la conception du projet pédagogique, de l'organisation de la formation initiale, de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique, de l'animation et de l'encadrement de l'équipe de formateurs⁵⁶ ». Les missions des instituts se déclinent autour de quatre axes⁵⁷ : la formation initiale, la formation préparatoire, la formation continue et enfin la documentation et recherche. Le DSF est « responsable du partenariat avec les établissements pouvant accueillir les stagiaires⁵⁸ ».

En établissement comme en institut de formation, les missions du DS s'inscrivent dans le contexte et l'environnement national, régional et local. Celles-ci prennent nécessairement en compte les facteurs d'évolution actuels du système de santé et les enjeux qui en découlent ; la qualité – sécurité des soins est l'un d'entre eux.

⁵⁴ <http://prevention.sham.fr/Prevention/Accueil/Risques-medicaux/Vu-dans-les-etablissements/Des-eleves-infirmiers-sensibilises-a-la-gestion-des-risques>

⁵⁵ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁵⁶ Arrêté du 31 juillet 2009, relatif aux autorisations des instituts de formation [...] et aux agréments de leur directeur. Art. 6.

⁵⁷ *Ibidem* Art. 3.

⁵⁸ Référentiel métier de directeur (trice) des soins, DGOS, mars 2010.

Dès « 2008, pendant la préparation de la loi HPST, Roselyne BACHELOT avait déjà souligné l'évolution nécessaire du rôle de directeur des soins, lui attribuant un rôle de conseil, d'appui et d'expertise, de fédérateur des professionnels de soins⁵⁹ ». Dans le contexte mouvant actuel, « où qualité et gestion des risques deviennent des enjeux incontournables et prioritaires⁶⁰ », le DS a donc, à concevoir et manager des projets, à construire une dynamique dont il est l'animateur.

Ainsi, en matière de qualité et de sécurité des soins, DSG et DSF ont des missions partagées puisque « les dimensions de « culture sécurité » et « appui » sont liées : il faut prendre en compte le besoin de formation et d'accompagnement des professionnels de santé, particulièrement important compte tenu de la spécificité, de la complexité et de l'évolutivité des activités de soins⁶¹ ».

Nous avons identifié que pour permettre l'acculturation à la qualité - sécurité des soins, il était nécessaire qu'il existe des interactions entre lieux de stage et institut(s) de formation. Ces interactions vont être possibles grâce au partenariat mis œuvre entre le « terrain » et la formation. En effet, être partenaires, c'est s'associer (au moins deux entités) afin de mener une action ou un ensemble d'opérations communes en vue d'objectifs communs et/ou distincts. Or, le partenariat peut être formel ou informel, de nature institutionnelle ou interpersonnelle. Les deux entités gardent alors leur individualité propre mais s'inscrivent dans un climat durable de collaboration. En effet, le partenariat ne se situe pas dans le projet mais dans l'action, une action commune et négociée.

Le partenariat lieux de stage – institut(s) de formation va permettre de formaliser des interactions institutionnelles tout en valorisant les actions interpersonnelles (initiatives des professionnels). Il s'agit là, en regard d'une conception partagée des problématiques et enjeux en lien avec la qualité - sécurité des soins, de mettre en œuvre une collaboration entre le « terrain » et le ou les institut(s) de formation donc une collaboration entre DSG et DSF. Leur implication mutuelle traduite par une collaboration étroite et un partenariat formalisé représente un facteur clé de succès de l'acculturation des professionnels de santé à la qualité - sécurité des soins. Ainsi, une certaine interdépendance des acteurs fera que les actions restent « entrelacées les unes aux autres » donc auront du sens, de

⁵⁹ CHAUVANCY M.-C., DUGAST C., « Le métier de directeur des soins, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie ? », *Les cahiers de la fonction publique*, n° 333, juin 2013, p. 65.

⁶⁰ *Ibidem* p. 67.

⁶¹ GRALL J.-Y., SELLERET F.-X., juin 2012, « Les politiques et dispositifs de sécurité du patient », *ADSP*, n° 79, p. 58.

telle sorte que l'effort de coordination des acteurs demeure tout au long des activités de soins et d'encadrement des stagiaires et étudiants.

Selon nous, l'identification des missions communes aux DS gestion et formation en terme de qualité – sécurité des soins, est à mettre en lien avec les résultats de l'enquête de l'institut de sondage IPSOS et le rapport 2012 de l'IGAS dont nous avons fait état en partie 1.2. Tous deux mettent en exergue la nécessité mais aussi la difficulté à mettre en place une culture qualité – sécurité des soins.

Nous savons que la formation, qu'elle soit initiale ou continue, vient en appui et apporte aux futurs professionnels et aux professionnels les connaissances requises pour dispenser des soins sécurisés et de qualité.

Stratégiquement, la mise en œuvre par les DSF et DSG d'un partenariat en matière de qualité - sécurité des soins articulant « terrain » et formation, aura pour bénéfice de majorer l'implication des soignants et de favoriser les synergies intellectuelles et pratiques, répondant de fait aux axes de progression identifiés par l'IGAS et IPSOS.

La mise en place d'un accompagnement des soignants et futurs soignants pourrait se concrétiser par des moyens pédagogiques nouveaux et innovants issus de la collaboration entre IF et établissement de santé. Cette stratégie déclinée dans le projet de soins, le projet pédagogique, le projet d'école serait matérialisée par des fiches-actions et des indicateurs. La finalité est de donner du sens pour permettre aux soignants et futurs soignants d'intégrer la qualité - sécurité des soins dans leurs pratiques quotidiennes.

Ainsi, pour permettre l'acculturation à la qualité – sécurité des soins, la collaboration et le partenariat mis en œuvre par les acteurs stratégiques que sont le DSG et le DSF, démontrent la complémentarité et la nécessaire interopérabilité de ces deux managers. Leur finalité étant la dispensation de soins de qualité et *secure*, stratégiquement leur collaboration est une solution gagnant-gagnant puisque leur « somme, leur combinaison » contribue à aboutir à un résultat : l'acculturation à la qualité –sécurité des soins.

De fait, les quatre dimensions du management de la qualité telles que définies par SHORTELL⁶² nous apparaissent comme étant une grille de lecture et d'analyse adaptée à notre réflexion. En effet, nous retrouvons en regard des missions du DS la dimension :

- stratégique : qui permet la priorisation des objectifs, ici centrés sur la qualité sécurité des soins. Inscrite dans la politique nationale et locale, la stratégie

⁶² Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », avril 2002, p. 19.

déployée nécessite l'implication de l'institut de formation et du CH (établissement de rattachement ou non) pour obtenir celle des professionnels,

- culturelle : concrétisée par la communication et la formation (organisation apprenante), cette dimension intègre le travail en équipe pluridisciplinaire, les échanges et apprentissages mutuels et intergénérationnels donc une approche positive des erreurs et une appétence à déclarer les événements indésirables,
- technique : des outils et méthodes pédagogiques sont mis au service des organisations et des pratiques, de leur évaluation et leur amélioration (audits, déclaration et analyse d'événements indésirables, ...),
- structurelle : l'organisation nécessaire à la politique commune de culture qualité - sécurité des soins est mise en œuvre (formalisation de la coordination mise en place, déclinaison dans les projets de soins, projet pédagogique et projet d'école, ...).

Compte tenu de l'éclairage conceptuel et contextuel que nous avons réalisé, nous allons à présent l'utiliser pour mettre en sens les expériences, les représentations, le point de vue et les ressentis des différents acteurs.

En chapitre 2, nous présenterons tout d'abord la méthodologie mobilisée. Puis, nous identifierons le sens que chacun des protagonistes donne à la culture qualité – gestion des risques et déterminerons si leur partenariat est, ou serait propice à l'acculturation à la qualité – sécurité des soins.

2 Des interactions entre acteurs à l'acculturation à la qualité - sécurité des soins : la réalité du terrain, l'émergence d'une co-construction

Nous avons réalisé une étude auprès de professionnels en établissements de santé et en instituts de formation ainsi qu'une analyse documentaire. Ces données ont été ensuite analysées et interprétées compte tenu des concepts développés précédemment.

2.1 L'enquête et sa méthodologie : un panel de professionnels diversifiés, des documents et des communications permettant un état des lieux

Nous présenterons ci-dessous la population enquêtée et les documents étudiés, puis la méthodologie d'enquête choisie et enfin les biais constatés.

Notre première intention a été de rencontrer des professionnels (DSG et DSF, formateurs et professionnels des unités de soins) d'un Centre Hospitalier (CH) et d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Mais, lors d'entretiens exploratoires, nous avons rapidement constaté que les différents protagonistes associaient, quasiment tous, l'existence et la qualité de leurs interactions à des éléments relationnels d'ordre contextuels, voire personnels. En effet, « c'est parce que le DSG et le DSF se connaissaient antérieurement à leur prise de poste, étaient issus de la même promotion ou qu'ils « s'entendaient bien » ; c'est parce que les formateurs et les cadres de proximité avaient été collègues, que le DSF avait été cadre supérieur dans le centre hospitalier (CH) de rattachement, *etc.* ... que ces acteurs réussissent à travailler ensemble » ; ces facteurs influençaient et conditionnaient les relations entre les protagonistes, les freinant ou les facilitant. Nous sommes conscient que quel que soit le lieu, des éléments contextuels existent, sont incontournables mais malgré tout, ils risquaient de réduire notre exploration.

Nous avons ainsi identifié que la réalisation de nos entretiens au sein d'un seul institut de formation (IF) et d'un seul CH et CHU, pouvait réduire les apports de l'enquête, limiter notre analyse à un partenariat « personnes dépendantes » et entraver la prise de recul des différents acteurs.

Nous avons alors élargi notre panel de professionnels⁶³ en sollicitant des professionnels d'établissements différents : CH et CHU de régions différentes, n'ayant pas forcément d'IFSI de rattachement donc accueillant des étudiants de plusieurs instituts ; IFSI ayant un partenariat avec de multiples établissements. Nous avons choisi d'enquêter des professionnels « stratégiques » (DSG, DSF et responsable qualité) et des professionnels opérationnels (gestionnaire des risques, cadres, tuteurs, infirmiers).

Les paramédicaux retenus ont été les infirmiers, ceux-ci ayant à ce jour le plus de recul par rapport à la mise en place du nouveau référentiel de formation. Ce choix nous a permis d'échanger avec des diplômés de juillet 2012 (formés avec le référentiel 2009) et des professionnels plus expérimentés.

A partir d'un guide d'entretien⁶⁴, nous avons mené quinze entretiens semi-directifs dont quatre téléphoniques et onze en face-à-face. Après accord des interviewés, les entretiens ont été enregistrés. Leur durée s'est échelonnée entre 30 et 50 minutes.

Nous avons demandé à toutes les personnes de définir la culture qualité - gestion des risques et de nous expliquer comment cette culture se construisait. Très peu de relances ont été nécessaires.

Rapidement, nous avons identifié que le terme « acculturation », systématiquement abordé, posait problème. Seuls quatre professionnels sur quinze (un cadre formateur, un cadre de proximité, un DSF et le gestionnaire des risques) connaissaient ce concept. Pour les autres acteurs, ce terme les a gênés, voire bloqués (les infirmiers). Confus ou inconnu, ils l'associaient majoritairement à « privation, absence de culture » (à cause du préfixe « a » privatif) et non à « rapprochement de culture » (préfixe « ad »), ils lui donnaient donc un sens différent de celui qu'il a dans les sciences sociales ou étymologiques. Ce concept a donc nécessité un éclairage.

Ensuite, nous avons abordé avec chaque acteur et protagoniste, sa place dans la construction de la culture qualité/gestion des risques. Nous leurs avons, tout d'abord, demandé de décrire les interactions existantes entre étudiants, formateurs et professionnels de terrain.

Puis, nous avons souhaité que chacun puisse se projeter afin d'identifier de nouveaux partenariats.

Au fil des entretiens, nous avons remarqué qu'il existait un premier biais à notre enquête ; biais qui somme toute, reflète la réalité de terrain. En effet, nous avons réalisé des entretiens auprès de professionnels venant de vivre la certification (à un mois de

⁶³ cf. Profils et fonctions des personnes enquêtées en ANNEXE 2.

⁶⁴ cf. ANNEXE 3 ; Guides d'entretiens.

distance). D'autres l'avaient vécue plus de deux ans auparavant. Nous avons constaté que la date de la dernière certification influençait les réponses fournies. D'ailleurs spontanément, cet impact a été identifié par les personnes interviewées comme influençant leurs réponses. Ceci est à mettre en lien avec les constats de l'IGAS et de l'enquête IPSOS qui soulignent que l'implication des différents acteurs est inégale et en lien avec la date de la certification.

Plus tardivement, nous avons pris conscience que lors des entretiens, nous avons abordé la qualité et la gestion des risques mais qu'en regard du cadre conceptuel et de son enrichissement, nous avons intégré la gestion des risques dans la sécurité des soins.

Ainsi, avons nous peut-être induit un deuxième biais à notre enquête compte tenu de l'importance de la sémantique et des représentations individuelles d'une part de la gestion des risques et d'autre part de la sécurité des soins ? Nous avons donc dû adapter notre langage et le guide d'entretien en fonction des connaissances, des pratiques des personnes enquêtées. En fonction des interviewés, les vigilances ont été donc plus ou moins abordées. Cette rigueur face à la sémantique représente à notre sens un axe d'amélioration pour de prochains entretiens.

Ensuite, nous avons réalisé une analyse documentaire : deux projets pédagogiques et deux projets de soins issus d'IFSI et d'établissements (CH et CHU) dans lesquels nous avons choisi de ne pas enquêter de professionnels. Il s'agissait d'étudier le partenariat IFSI / CH et la formalisation ou non de ce partenariat sous l'angle de l'acculturation à la qualité - sécurité des soins. Nous avons aussi souhaité identifier, en lien avec l'acculturation à la qualité - sécurité des soins, l'objet des interactions entre les différents protagonistes.

Enfin, nous avons recueilli des communications d'actions innovantes, abouties et récentes en lien soit avec les APP, soit avec la gestion des risques. L'objectif était d'élargir notre vision des possibles en matière d'interactions, d'implication des professionnels et futurs professionnels.

Il est à noter que le cheminement nous conduit à utiliser dans l'analyse et l'interprétation des données recueillies, outre le cadre conceptuel, les quatre dimensions de SHORTELL à savoir, la stratégie, la culture, la technique et la structure ; cela, même si nos guides d'entretiens n'ont pas été initialement construits selon ces quatre dimensions.

Nous allons donc réaliser la restitution de l'analyse et de l'interprétation de ces entretiens et documents en partant d'une perception en lien avec l'opérationnalité.

Puis, nous allons tenter de déterminer, compte tenu des interactions constatées, les combinaisons d'actions existantes et celles à explorer dans le cadre d'un partenariat terrain – formation contribuant à l'acculturation à la qualité – sécurité des soins.

2.2 La qualité - gestion des risques perçue selon le quotidien et le niveau d'opérationnalité de chacun des acteurs

Toutes les personnes enquêtées définissent de façon consensuelle la culture qualité comme « un processus qui, au-delà d'un état d'esprit, voire de l'inné, détermine la cohérence des comportements, la réflexion, l'organisation de la prise en charge globale des patients. Il fait référence aux bonnes pratiques dont les soignants doivent avoir conscience ».

Le fait que la culture de la gestion des risques soit « intégrée dans la qualité » fait l'unanimité ainsi que le fait que « le risque zéro n'existe pas et que l'hôpital est un système à risques ».

Cette définition est très proche de celle de la HAS⁶⁵, en comporte les mots clés et le sens. Le fait que la gestion des risques soit intégrée à la culture qualité montre l'assimilation par les professionnels du risque de dommage lié aux soins.

De fait, **chaque personne décline la gestion des risques selon son niveau d'intervention**. Ainsi, les IDE abordent spontanément les vigilances (essentiellement hémovigilance et pharmacovigilance). Ils parlent de la dernière sensibilisation ou action de formation menée dans leur service, qu'elle soit en lien ou non avec la certification, par exemple une information sur le circuit du médicament, sur la cartographie des risques. Les cadres (en gestion comme en formation) différencient les risques *a priori* et *a posteriori* et les niveaux de gravité. Le gestionnaire des risques, le cadre de proximité, les deux cadres missionnés à la direction des soins ajoutent la notion de partage, de retour d'expériences. Les DS nomment « l'articulation entre projet d'établissement/projet qualité-gestion des risques/projet de soins, la dimension pluri-professionnelle nécessaire à l'implication et leur responsabilité dans ce domaine ainsi que celle de tous les cadres de santé ».

L'approche de la gestion des risques réalisée par chacun des acteurs montre qu'il s'agit d'une priorité tant pour les professionnels que pour les managers.

Cependant, le terme d'« acculturation » désoriente la quasi-totalité des professionnels qui ne connaissent pas ce mot ou l'assimilent à l'absence de culture. Les

⁶⁵ cf. Partie 1.1, p. 8.

deux DSG expliquent que « ce concept est difficile à s'approprier et qu'il ne fait pas partie du référentiel de langage des professionnels ». Le gestionnaire des risques pense que cette confusion démontre que « ce terme n'est pas usité par les soignants et illustre parfaitement la problématique liée à l'utilisation de différents vocables, car il est indispensable pour avoir une valeur commune telle que la qualité - sécurité des soins de partager les mêmes éléments de langage ». Cependant, certains acteurs peuvent faire l'expérience de l'acculturation sans savoir nommer ce processus avec le vocable adéquat. Cet élément devra être pris en compte dans les préconisations.

Les infirmiers diplômés en 2012 citent principalement « l'hygiène et l'administration des médicaments comme éléments centraux de la qualité/sécurité des soins ». Ce sont pour eux des incontournables pour lesquels au cours de leur formation, ils ont acquis des réflexes. Les IDE plus expérimentés confirment : « Les formateurs insistent beaucoup sur l'hygiène et les calculs de dose, donc on a gardé des réflexes et une dynamique. Puis, en service on a les protocoles, les référents hygiène et les audits faits par l'équipe opérationnelle d'hygiène ».

Les deux jeunes diplômés disent mesurer désormais l'importance de la qualité de l'encadrement des étudiants. Ils se rendent compte que ce qu'ils attribuaient hier à du bon sens et de la logique à avoir dans leurs pratiques, conditionne aujourd'hui des habitudes, des réflexes : « Savoir ce que j'injecte au patient et pourquoi, les surveillances des médicaments, ne pas faire de retranscription, me laver les mains au bon moment ».

Par ailleurs, **la perception de la qualité – gestion des risques et les réponses apportées sont influencées par la date de la certification.** Les différents protagonistes en ont conscience : « On vient de passer la certification et d'être sensibilisé, dans un an je ne sais pas si je vous répondrai aussi précisément » confie une IDE expérimentée. Cet élément identifié par la HAS : « Deux points restent à consolider : l'efficacité et la valeur ajoutée de la certification »⁶⁶, se trouve ici conforté. La certification permet, non seulement la sensibilisation des professionnels, mais aussi leur implication quand elle est « fortement implantée dans la vie des établissements, elle joue un rôle de levier sur le développement des démarches ou des cultures d'amélioration »⁶⁷. Cependant, plus la date de la certification est éloignée, plus les souvenirs, la sensibilisation s'estompent et ce, surtout lorsque la démarche n'est pas réellement inscrite dans une amélioration continue. Ainsi avec la V2014, cela devrait être différent, puisque la démarche est

⁶⁶ HAS Certification & Actualités, Certification et Actualités n°10, juillet-septembre 2013. Rubrique Observatoire « Étude IPSOS sur la perception et les attentes des professionnels et des représentants des usagers vis-à-vis de la certification ». http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602340/fr/etude-ipsos

⁶⁷ *Ibidem*

simplifiée et centrée autour du patient traceur : « La certification, c'est tous les jours »⁶⁸. En effet, la V2014 a, entre autres pour objectif, de maintenir la dynamique d'évaluation et d'amélioration continues puisque la visite sera réorganisée, les risques seront identifiés *a priori* et un compte qualité sera mis en place.

Enfin, les interviewés, mis à part les jeunes diplômés, abordent spontanément et se questionnent sur l'influence sociétale et générationnelle. « La société est actuellement centrée plus sur l'individu que sur le collectif ». A cet état de fait se mêlent des propos tels que « les jeunes diplômés sont dans le faire et peu dans la réflexion », « les étudiants actuels sont plus passifs et exécutants mais il y a des exceptions ».

Un des DSG est interpellé par « les cadres de pôle qui constatent depuis le référentiel de la formation infirmier de 2009, par exemple que des prérequis en termes de calculs de dose, de dextérité font défaut et sont le reflet du parcours de stage ». Il estime qu'une étude serait nécessaire pour ne pas rester uniquement sur des ressentis.

Un des cadres formateur évoque que « la génération Y qui fonce, a le goût du risque alors que nous nous avons la peur du gendarme ». Pour lui, le formateur et les tuteurs doivent en avoir conscience et en tenir compte dans leur pédagogie et posture.

Le DSF complète ce propos. Selon elle, « les étudiants actuels ne sont pas forcément conscients de l'évolution de la culture qualité car ils sont nés avec les infections nosocomiales et la qualité à l'hôpital. C'est ce qui fait la différence avec notre génération de cadres, d'IDE, de DS qui a la genèse de la qualité ». Elle ajoute qu'« il faut tenir compte du fait que cette génération a besoin de travailler utile, de trouver du sens, de comprendre à quoi sert ce qu'elle fait sinon elle exécute des exercices et oublie vite ».

D'ailleurs, un des jeunes diplômés confirme ce constat puisqu'il dit : « Les analyses de pratiques (APP), je les ai toujours vécues comme une contrainte, un exercice ; je n'ai compris ni l'objectif, ni l'intérêt pour ma pratique actuelle ». Par contre, le second diplômé en 2012 fait part d'un événement indésirable : « Juste avant mon arrivée, une erreur d'administration médicamenteuse est survenue dans le service (vitesse de la pompe six fois plus rapide). Aujourd'hui, les collègues en parlent encore mais jamais en présence de la personne concernée. Je ne sais pas comment cela a été géré, cela me fait peur. Quelle est la bonne réaction à avoir ? ». Le retour de l'analyse de l'EI et des actions à mettre en place apparaît donc, chez ce nouveau diplômé, comme essentiel. Les liens à réaliser

⁶⁸ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602289/fr/la-certification-v2014-cest-tous-les-jours-un-dispositif-simplifie-de-preparation

entre APP et analyse d'EI sont eux aussi à décoder pour que les futurs professionnels s'approprient cette méthode et ne la voient pas comme un exercice.

A ce titre, un des DSG remarque que lorsqu'en stage les étudiants font une erreur relative à l'administration de médicaments, entre autres, ils sont exclus du stage. Mais, il note qu'à ce jour, l'erreur n'est jamais analysée avec le gestionnaire des risques, l'équipe du service et l'équipe de l'institut de formation. Il exprime ainsi : « Je trouve cela regrettable car chacun pourrait tirer profit de cette analyse, en premier lieu l'étudiant (qui ne perçoit qu'une sanction) mais aussi les équipes soignante et pédagogique qui analyseraient et amélioreraient leurs pratiques ».

En fonction de ces résultats, un point essentiel nous apparaît : la nécessité d'explorer, d'exploiter et d'intégrer l'analyse de la pratique professionnelle tant chez les étudiants que chez les professionnels de terrain et de formation, ceci via la réflexivité, voire la simulation.

D'une part, les travaux type APP réalisés uniquement à, et pour l'institut de formation ne trouvent pas toujours sens auprès des étudiants. A ce titre, les formateurs et le CSS adjoint du DSF ont déjà pris conscience de ce risque. Ils le disent surtout par rapport aux calculs de dose : « Ils sont assimilés à des exercices de mathématiques et donc au lit du patient, les étudiants n'en comprennent pas tous le sens requis ». C'est pourquoi, les formateurs ont modifié leur approche pédagogique et ne dissocient plus les calculs relatifs aux prescriptions médicamenteuses de la pratique. Les APP demandées après chaque stage requièrent une approche pédagogique identique et un partage avec les professionnels de terrain afin de valoriser la réflexion des étudiants et d'intégrer les professionnels à la réflexivité.

D'autre part, l'analyse des événements indésirables nécessite d'être intégrée quelles que soient les situations et particulièrement dans celles comportant un risque majeur pour le patient et celles entraînant l'exclusion de stage. La participation du gestionnaire de risque est nécessaire car elle permet un éclairage supplémentaire de la situation et participe à la prévention de situations similaires ou partiellement similaires. Cette approche contribue au passage de la faute à l'erreur et renforce le signalement des événements indésirables puisque l'approche est constructive et non plus uniquement sanctionnante.

Ainsi, il nous apparaît que l'analyse de pratique et l'analyse des événements indésirables doivent nécessairement avoir une dimension pluri-professionnelle

intégrant tous les soignants : médicaux, paramédicaux, étudiants et administratifs tant des structures de soins que des instituts de formation.

Nous allons donc explorer plus précisément la nature, l'enjeu et les impacts de ces interactions.

2.3 De l'intérêt réciproque des acteurs de la qualité - sécurité des soins à interagir, à la prise de conscience de l'opportunité à saisir

Les interactions entre les différents protagonistes contribuant à la culture qualité - gestion des risques sont, de prime abord, peu identifiées par ceux-ci. Il semble que le lien entre la culture qualité - sécurité des soins d'une part, l'enseignement dispensé aux étudiants paramédicaux, les apports des analyses de pratiques, les déclarations d'événements indésirables d'autre part, soit peu perçue. Ainsi, nous faisons plusieurs constats.

En premier lieu, le référentiel de formation 2009 des IDE est associé pour les infirmiers(ères), les tuteurs et les cadres au portfolio, à la disparition des mises en situations professionnelles et à la réalisation désormais de stages longs. Ensuite, le fait que les référentiels de formation des paramédicaux soient construits de façon identique et contiennent tous des UE relatives à la qualité-sécurité des soins est totalement méconnu. De plus, un des DSG et le gestionnaire des risques disent que « les actions menées par la direction des soins et la direction qualité sont orientées pour tous les nouveaux arrivants mais les étudiants n'en bénéficient pas, par exemple la présentation et la formation au logiciel de déclaration d'événements indésirables ».

De plus, lorsqu'il existe une journée gestion des risques, les étudiants n'y sont pas systématiquement conviés. Enfin, le gestionnaire des risques, les DS et tous les cadres font le constat qu'« actuellement les erreurs réalisées par les étudiants sont sanctionnées, allant jusqu'au retrait de stage, mais ne sont pas analysées et exploitées ni par les IF ni par les lieux de stage ».

Mais, lorsque nous expliquons les enseignements théoriques actuels, la pratique réflexive effectuée en travaux dirigés et lors des APP, les expériences pédagogiques menées par des formateurs et des acteurs de terrain (co-construction d'enseignements, d'évaluations,...), **chacun est interpellé, y trouve un intérêt certain et une opportunité,**

cela d'autant plus que tous les paramédicaux sont impliqués. Il apparaît donc qu'il existe un axe d'amélioration en termes d'informations à dispenser et de communication.

Puis **après réflexion, tous les protagonistes nous font part d'une initiative menée**. Le plus souvent, comme le précisent le DSF et un des DSG, il s'agit de la « participation des étudiants infirmiers à des audits : identito-vigilance, lavage des mains, dossiers de soins. Celle-ci a été possible dans un cas car un formateur était membre du comité EPP ». Tous les professionnels y voient un intérêt mais expliquent que « bien souvent une seule étape a été réalisée, globalement : la participation à l'enquête ». L'ensemble des professionnels semble prendre conscience de la possibilité et de la « nécessité d'aller plus loin » dans l'initiative afin qu' « elle soit formalisée, communiquée, explorée et exploitée au maximum pour que chacun y trouve du sens ».

Il nous apparaît alors que **le partenariat entre CH et IF n'a été jusque-là ni abordé ni formalisé sous l'angle de l'acculturation à la qualité - sécurité des soins**.

Il existe certes des facteurs favorisant les interactions. Les infirmiers, tuteurs, maîtres de stage et CSS adjoint au DSF citent spontanément : « La venue des formateurs sur le lieu de stage, le fait qu'un formateur soit référent d'un lieu de stage ». Les cadres formateurs citent « les liens entre DSG et DSF », les CSS missionnés à la direction des soins « l'alternance des cadres entre IF et unités de soins ». Mais la contribution de ces interactions à l'acculturation à la qualité – sécurité des soins n'est pas identifiée comme telle.

Malgré ce résultat, les entretiens réalisés permettent à chacun des acteurs de se projeter. Et, au cours ou au terme de celui-ci, **chacun cite, spontanément en fonction de sa pratique quotidienne, une ou plusieurs pistes de partenariat à explorer. Notre enquête a ainsi eu pour effet de générer une dimension réflexive**.

Nous avons classé ces propositions selon les quatre dimensions du management⁶⁹ (stratégique, culturelle, technique et structurelle). Elles sont présentées sous forme d'un tableau à la page suivante.

⁶⁹ cf. Quatre dimensions du management définies par SHORTELL, Partie 1.4, p. 18.

REPRESENTATIONS DU PARTENARIAT ENTRE CH - IF/ DIMENSIONS DU MANAGEMENT DE SHORTELL SELON LES ACTEURS ENQUETÉS				
ACTEURS	DIM. STRATEGIQUE	DIM. CULTURELLE	DIM. TECHNIQUE	DIM. STRUCTURELLE
IDE jeunes diplômés		Faire de la qualité - gestion des risques une pratique intégrée aux actes quotidiens.	Expliciter le lien entre APP et EPP.	Décoder la pratique des professionnels pour que les étudiants s'approprient la qualité – sécurité des soins.
IDE expérimentés et/ou tuteurs		Intégrer systématiquement la gestion des risques dans l'encadrement réalisé.	Utiliser les APP des étudiants.	
Cadres formateurs et CSS adjoint au DSF			Faire participer systématiquement des tuteurs aux APP et des professionnels aux enseignements et à la construction des évaluations	
Cadres de proximité		Former à l'utilisation du logiciel de déclaration d'événement indésirable, permettre aux étudiants de présenter une APP à un staff.		
Gestionnaire des risques	Lorsqu'un étudiant fait une erreur, réaliser une analyse systémique avec le formateur référent, l'étudiant, le tuteur et le cadre ; ensuite l'exploiter en service, dans le pôle et à l'IF, mutualiser pour aboutir à un partage et éviter que cela ne se reproduise tout en identifiant les responsabilités individuelles et collectives.			
CSS Direction des soins		Faire participer systématiquement les étudiants, élèves aux CREX, RMM, journées des risques et vigilances, ... Utiliser des outils identiques en IF et en service de soins (bonnes pratiques).		
Cadre missionné qualité dans le pôle		Remonter des situations vraies aux IF et les exploiter avec les formateurs, intégrer les étudiants et élèves pour qu'ils acquièrent des automatismes, par exemple, pour les déclarations d'événements indésirables.		
DSG	Innover en proposant, par exemple, aux paramédicaux en spécialisation (IBODE, puéricultrice, IADE, ...) des stages avec une thématique - voire une problématique - qualité-sécurité des soins et en lien avec les IF des travaux de fin d'études en lien avec les problématiques qualité – sécurité des soins.			
DSF	Etre au plus proche de l'actualité, des problématiques du CH de rattachement en collaborant avec le DSG et en déclinant cette collaboration pour les formateurs : CLIN, CLUD, commission EPP,... ; poursuivre la participation des étudiants aux audits des EPP mais en leur permettant d'aller au bout du processus (mise en place des actions correctives et d'un nouvel audit).			

Ainsi, ce tableau regroupe les témoignages des acteurs interviewés. Il permet de mettre en évidence que chacun d'eux propose des actions qui s'inscrivent dans la construction de la culture qualité – sécurité des soins. Ces propositions sont multiples et variées, elles ne demandent qu'à être formalisées et inscrites dans une stratégie managériale.

De la même façon, les recherches bibliographiques que nous avons effectuées, montrent **qu'il existe des actions partenariales dans le domaine de la qualité – sécurité des soins.**

Nous en avons particulièrement recensé deux. La première⁷⁰ concerne l'organisation par la direction qualité d'un CH d'une journée de sensibilisation aux risques hospitaliers. La deuxième⁷¹ vise l'analyse de la pratique professionnelle et a pour particularité la co-animation par un professionnel de terrain et un formateur d'un groupe d'étudiants ou de professionnels. D'autres communications⁷² se rapportent à des innovations pédagogiques qui allient pratiques réflexives et simulation pour renforcer le processus de professionnalisation, certaines actions sont en lien avec la qualité – sécurité des soins.

Nous constatons qu'il existe à la fois un engouement des professionnels qui soit s'est concrétisé par des actions structurées, soit reste à mettre en valeur en regard de problématiques et priorités locales. A notre sens, ceci est un indicateur de pertinence et de faisabilité de notre projet.

2.4 Des initiatives à la nécessité de combiner des actions sur le long terme, donc de formaliser le partenariat entre IF et établissement de santé

A la question : « **Comment cette culture se construit-elle ?**, la formation initiale et l'hôpital (au sens lieu d'exercice professionnel et de formation continue) sont nommés par tous. Mais, « l'école, le milieu familial et leur lien avec la représentation de la faute, de l'erreur » sont aussi évoqués par le DSG et un des cadres formateurs. Un cadre et une infirmière (IDE) approfondissent cette idée et notent que dans cette construction, « il

⁷⁰ SHAM, Journée de sensibilisation sur les risques hospitaliers à l'attention des étudiants infirmiers de 3ème année de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. 10 août 2012.

⁷¹ Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Paris, 2012, Communication n°226, Formation au métier du soin « L'analyse de pratique, une opportunité de transmettre », BAERISWYL C., Infirmière, Professeure, Haute Ecole de Santé de Fribourg, Suisse.

⁷² <http://www.ifchureennes.fr/ifsi/evenements.php>; <http://www.laerdal.com/fr/doc/2319/De-la-pratique-d-actes-de-soins-a-la-situation-de-soins-simulee-a-l-IFSI-de-Blois>

existe une part liée à l'individu : son niveau de compréhension, sa volonté et une part liée au collectif : la volonté institutionnelle, le travail d'équipe et l'impulsion donnée par le chef de service et le cadre ». Le gestionnaire des risques complète ces propos avec « l'insufflation donnée par la direction et l'obligation réglementaire ».

Les DS sont unanimes pour dire que cette culture de la sécurité est construite en amont en formation au niveau théorique et clinique. Mais, selon eux, ils doivent « contribuer à sa pérennisation et à son développement ». Cette responsabilité des DS, leur rôle d'animation sont aussi exprimés par les cadres de santé, le gestionnaire des risques, les infirmiers expérimentés : « Le DSF et DSG donnent le ton, ils sont moteurs, leur positionnement est crucial ». Effectivement, comme le précise le DSF « **le terme culture n'est pas anodin puisque : ça se cultive, ce n'est pas vivace, il faut l'entretenir** ».

En effet, tous les enquêtés expliquent qu'« il faut du temps, petit à petit, c'est un travail de fourmi, il faut un travail de fond pour que tous les acteurs soient dans la même dynamique, par exemple pour intégrer la nécessité de déclarer un événement indésirable ». Une IDE illustre ce dernier point par ces propos : « Chez nous, on ne déclare que les chutes, pas encore les erreurs d'administration de médicament et jamais les erreurs de prescription ».

Quant au DSG chargé de la recherche, celui-ci est convaincu de « **l'efficacité redoutable d'une interface entre formation initiale et établissement de santé** ». Il est à l'origine d'un projet de collaboration IF/CHU centré sur la recherche. Désormais, les travaux de fin d'études des étudiants paramédicaux s'inscriront soit dans un des axes de recherche du CHU soit seront à l'origine d'un nouvel axe de recherche. Pour lui, outre le fait de « permettre aux paramédicaux de se connaître, de connaître le métier de l'autre, la formalisation d'une telle collaboration apporte des bénéfices pour les usagers comme pour les professionnels et donne du sens ». Cette dynamique concrétisée par une véritable politique et stratégie est pour lui tout à fait transposable au domaine de la qualité-sécurité des soins. Il précise que « le DPC⁷³ représente aussi un levier managérial pour la culture qualité - sécurité des soins ».

Il se dégage des entretiens qu'il est nécessaire qu'une véritable stratégie soit mise en œuvre par les DS afin d'avoir un réel retour sur investissement. Il apparaît clairement que lorsque le DSG et le DSF ont une vision commune et formalisent leur collaboration, construisent un partenariat autour d'un axe prioritaire, ceci ne

⁷³ Développement Professionnel Continu

peut être que positif et moteur pour toute l'institution. Une telle stratégie peut, de la même façon, être mise en œuvre pour la qualité – sécurité des soins en lien avec la communauté médicale et la direction qualité.

Les DSF et DSG abordent tous la nécessité d'une volonté et implication réciproque dans les instances que sont les Conseils Pédagogiques et Techniques, la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT). Ils sont aussi garants de l'implication des cadres dans les différents comités, structures (CLIN, ...) ou groupes de travail.

De l'analyse des projets de soins, il ressort que **les deux projets formalisent le partenariat avec le CH de rattachement et les autres lieux de stage mais sans stipuler la qualité - sécurité des soins.**

Nous avons remarqué que de multiples outils sont répertoriés. Ils correspondent à la dimension technique du management. Ce sont les APP citées et mobilisées dans le cadre de la réflexivité, les situations issues du terrain signalées comme étant utilisées dans les unités d'intégration (UI).

La dimension structurelle du management est présente, l'organisation du partenariat est actée puisqu'il existe, par exemple, des formateurs référents de stage. A la fois, ils construisent des situations pédagogiques mais aussi ils collaborent avec les professionnels pour déterminer les situations prévalentes.

Par contre, nous notons que la dialectique employée est différente entre les deux IFSI et diversifiée au sein d'un même projet. Cela peut générer une confusion pour les étudiants comme pour les professionnels « situations emblématiques, prévalentes, professionnalisantes, pédagogiques ». Ce constat nous met en alerte compte tenu de la non-appropriation du terme acculturation. Le langage commun est source d'intégration. Or, considérant l'organisation comme apprenante, il est essentiel que les mots employés soient identiques. L'appropriation du bon mot et du sens juste sera facilitée ; ce qui contribuera à améliorer le travail en équipe pluridisciplinaire. En effet, la communication et la formation vont contribuer fortement à la construction d'une culture commune (deuxième dimension du management).

Enfin, le partenariat en lien avec la qualité – sécurité des soins n'est pas énoncé alors qu'en filigrane il existe puisque nous avons trouvé des actions qui s'y rapportent. La stratégie et les objectifs nécessitent d'être clairement annoncés et posés. Cela permet aux différents acteurs de trouver plus de sens aux actions entreprises et aux DS d'évaluer les performances.

En conclusion, nous avons recueilli des données relatives à des initiatives et propositions d'actions ciblées en matière d'acculturation à la qualité – sécurité des soins, même si elles ne sont pas toujours formalisées comme telles.

Ces actions ont été identifiées comme contribuant à la culture qualité (journée de sensibilisation aux risques) ou pouvant y contribuer fortement (séminaire d'alternance intégrative avec APP co-animées par les formateurs et les tuteurs). Nous constatons que les professionnels quels qu'ils soient, sont forces de proposition et investissent aisément les dimensions technique et structurelle⁷⁴ ().

Par contre, les dimensions stratégique et culturelle du management qui se révèlent majeures, de fait, reviennent aux DS gestion et formation.

C'est pourquoi, la priorisation des objectifs institutionnels et leur communication sont essentielles. Celles-ci ne peuvent être réalisées que par les DS des deux entités, formation et gestion.

Ensemble, ils impulsent et déclinent la politique nationale en matière de qualité – sécurité des soins, en fonction des problématiques, priorités et ressources locales. Cette déclinaison correspond d'une part à un des axes du projet d'Ecole et est intégrée au Projet Pédagogique, d'autre part à un des axes du Projet de Soins et de sous-commissions et d'actions de la CSIRMT. Le DSG aura au préalable défini, avec le Président de la CME et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, les priorités en termes de qualité – sécurité des risques. Avec le DSF, ils détermineront leur mise en œuvre en fonction des étudiants (formation initiale ou spécialisations, année de formation).

La formalisation et l'affichage du partenariat DSG et DSF signent non seulement, la cohérence des projets et leur articulation mais aussi la complémentarité des deux entités.

Ainsi, ils contribuent mutuellement par le biais d'actions pérennes à l'acculturation à la qualité – sécurité des soins puisqu'ils valorisent la pluri et interdisciplinarité, les échanges et les apprentissages réciproques.

Compte tenu des éléments conceptuels mobilisés dans la présente réflexion, des données recueillies, analysées, nous sommes en mesure de formuler des préconisations.

⁷⁴ Cf. Tableau page 30

Celles-ci sont issues de notre réflexion et permettent de répondre aux hypothèses posées qui, somme toute, nous apparaissent désormais quelque peu restrictives.

Certes, si nous reprenons la première hypothèse, la formalisation du partenariat terrain – formation va contribuer au sein de l'hôpital, organisation apprenante, à l'acculturation à la qualité – sécurité des soins. Mais, concernant les deux autres hypothèses, il nous apparaît que les APP et la co-construction des enseignements ne sont pas les seuls éléments permettant cette acculturation.

Ainsi, nous avons mis en évidence qu'il s'agit avant tout pour le DSG et le DSF d'élaborer une stratégie et de décliner un projet où le partenariat soit un moyen de partager des valeurs communes inscrites dans les pratiques. Car l'enjeu majeur de ce partenariat est, sur le long terme, de combiner des actions impliquant paramédicaux, médicaux et directions, afin qu'elles prennent sens auprès de tous les acteurs et que la qualité – sécurité des soins soit intégrée par les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes.

3 Construire un partenariat entre institut(s) de formation et établissement favorisant l'acculturation à la qualité - sécurité des soins

Les préconisations que nous allons développer prennent en compte, d'une part, les dix dimensions de la culture de sécurité des soins abordées au début du mémoire, d'autre part, les initiatives et propositions recueillies auprès des professionnels enquêtés et enfin, les éléments conceptuels mobilisés. La référence aux dimensions du management de SHORTELL sera spécifiée en regard des trois niveaux de préconisations.

Dans la partie 1.2 du mémoire, nous avons choisi de n'aborder que trois des dix dimensions de la culture de sécurité des soins⁷⁵. Il s'avère qu'au détour de notre réflexion et qu'en fonction des résultats des entretiens, il existe une combinaison des dix dimensions entre elles. Ainsi, les dimensions suivantes ont, entre autres, été particulièrement sollicitées : la réponse non punitive à l'erreur, la perception globale de la sécurité, la fréquence de signalement des événements indésirables, le travail d'équipe dans le service, la liberté d'expression.

Par ailleurs, nous avons mis en lumière à partir des entretiens, des éléments contextuels majeurs propices à l'acculturation à la qualité – sécurité des soins.

En premier lieu, il s'agit de la mise en place des référentiels de formation des paramédicaux. Cependant, nous avons constaté qu'il existait un défaut de communication, voire une non-prise de conscience de l'opportunité que cela représentait.

Ensuite, nous avons remarqué au cours des entretiens que la périodicité, la politique institutionnelle et le « contenu » de la certification avaient un impact sur l'implication des différents professionnels et donc sur l'intégration de la culture qualité – sécurité des soins.

Enfin, les entretiens réalisés montrent que les professionnels, compte tenu de leurs initiatives ou propositions, sont mobilisés ou « mobilisables » autour de la qualité – sécurité des soins, résultat également mis en avant par la HAS.

Les préconisations seront déclinées selon trois niveaux : la stratégie, les orientations majeures et l'opérationnalité.

⁷⁵ cf. Partie 1.2, p. 10.

3.1 DSG et DSF : Une collaboration contribuant à l'appropriation et à l'adhésion des professionnels à la valeur sécurité des soins

Le rapport de l'IGAS⁷⁶ identifie plusieurs conditions requises pour mobiliser les professionnels et entre autres : « *L'implication de la direction doit être forte. Elle doit définir la politique qualité, les objectifs et les plans d'actions* ».

Le DS a pour mission la qualité – sécurité des soins. Son engagement et son implication sont essentiels dans cette mission où il se situe au niveau stratégique. En établissement, il est en interface avec la direction qualité et la CME. En institut de formation, quelle que soit la filière de formation, sa finalité est que les futurs professionnels dispensent des soins de qualité et sécurisés au patient. Ainsi, l'approche globale de la qualité - sécurité des soins et l'approche processus de la construction de la culture qualité – sécurité des soins nous conduisent indubitablement à explorer l'interface établissement de santé et instituts de formation.

L'instauration, la formalisation du partenariat entre institut(s) de formation et établissement de santé est un moyen contributif à la qualité – sécurité des soins. De ce fait, il permet l'acculturation. Le DSG et le DSF en sont les acteurs stratégiques.

En effet, le partenariat mis en œuvre va permettre aux professionnels de terrain, aux professionnels de la formation et aux étudiants de se rencontrer, de réfléchir ensemble donc de co-construire la culture qualité. Ce partenariat sera donc expliqué et affiché en regard du processus de construction de la culture qualité – sécurité des soins afin que tous les co-acteurs de celui-ci puissent connaître et comprendre le sens de la démarche.

3.1.1 Une stratégie institutionnelle de collaboration

Compte tenu des éléments abordés précédemment, le DSG et le DSF vont stratégiquement collaborer afin de construire et de formaliser un partenariat entre instituts de formation et terrain. Il est, pour cela, essentiel qu'ils aient un objectif identique donc une volonté commune d'améliorer la qualité – sécurité des soins et partagent la même vision des possibles en termes de partenariat. Ainsi, les éléments contextuels relationnels identifiés dès les entretiens exploratoires prennent ici sens. Il est clair qu'un différend relationnel peut, à lui seul, entraver tout projet de collaboration. Des partenariats « clandestins » pourront exister mais ils ne pourront pas avoir le poids d'une collaboration managériale institutionnelle.

⁷⁶ IGAS, rapport 2012 « L'hôpital », La documentation française, p. 78.

Malgré tout, majoritairement, un tel projet de partenariat trouvera écho et sens auprès des DS compte tenu de sa finalité : contribuer à l'acculturation à la qualité – sécurité des professionnels et des futurs professionnels. En fonction des accointances entre le DSG et le DSF, le projet prendra plus ou moins d'envergure et plus ou moins de temps à se mettre en place. Il sera en partie le reflet de leur degré de collaboration.

Par ailleurs, les étapes suivantes seront à respecter :

- La stratégie déployée et la finalité du projet seront claires et portées à la connaissance de tous afin qu'en regard de chaque action entreprise, le sens en soit connu et compris par tous. Le langage devra être commun aux différents acteurs (lors des entretiens, nous avons identifié ce point comme essentiel).
- L'engagement du management sera décliné et lisible, *via* une charte par exemple.
- Un comité de pilotage (COPIL) sera constitué du DSG, du DSF, du directeur qualité, d'un représentant de la CME membre de la commission qualité – sécurité des soins et de deux CSS (gestion et formation). Ce COPIL aura pour mission de prendre les décisions stratégiques, d'assurer la communication et de valider les étapes essentielles, il se réunira au moins trois fois par an.
- Un groupe projet sera constitué par le COPIL, il sera composé de deux CSS, de médecins, de membres de la direction qualité, de paramédicaux (dont des cadres de proximité) et d'étudiants. Ils seront recrutés en partie sur la base du volontariat, en fonction de compétences et/ou expertises et de leurs appétences pour le projet.
- Les valeurs qui sous-tendent ce projet de partenariat seront définies par le groupe projet animé par les DS. Le partage et l'appropriation de ces valeurs par les acteurs du partenariat sont capitaux. La confiance réciproque, l'engagement mutuel, la responsabilité, le dialogue et le travail d'équipe, le partage nous semblent être des valeurs fortes à partager. Mais, il sera nécessaire de les confronter au groupe projet. Celui-ci sera chargé de statuer sur le nombre et l'intitulé des valeurs sous-tendant le partenariat puis de s'accorder sur leur signification.
- En regard de l'état des lieux et du diagnostic posé, des cibles prioritaires seront déterminées (exemple : sensibiliser à la déclaration des événements indésirables).

- Le partenariat sera formalisé et des cadres communs déterminés afin de respecter l'indépendance de chacun.

Inscrit dans une logique d'amélioration, le partenariat terrain / formation va créer une association des compétences, donc générer des synergies et, de ce fait, stimuler et accélérer les innovations.

Il sera donc nécessaire de mettre en place les conditions de succès du projet (ressources et communication), de s'assurer de son succès (suivi en regard d'indicateurs), d'anticiper les conséquences (par exemple, l'impact sur les métiers, sur les organisations, ...). Au final, un tel partenariat crée de la valeur ajoutée (attendue et inattendue) et représente une plus-value car il permet de faire ce que l'on n'aurait pu faire seul.

3.1.2 Les interfaces avec la direction qualité et la CME : des préalables essentiels

La réussite de la mise œuvre d'une démarche institutionnelle de qualité - sécurité des soins nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs de l'établissement de santé.

Ainsi, il s'agit en premier lieu du directeur, du président de la CME, du DS coordonnateur général des soins en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins. Ensuite, cette implication se déclinera chez les responsables médicaux et paramédicaux de pôles et unités de soins, les responsables et membres des différentes instances en lien avec la qualité – sécurité des soins et enfin à l'ensemble des professionnels.

Il est donc capital qu'un tel projet de partenariat établissement de santé – institut(s) de formation dont la finalité est la qualité – sécurité des soins et qui est porté par le DSG et le DSF, soit validé par la direction générale. Ainsi, son articulation et les interfaces avec la direction qualité et la CME seront facilitées et majorées, ce qui garantira au projet efficacité et pérennisation. Il s'agit de montrer, à chacun des acteurs, la plus-value du projet afin qu'ils s'y inscrivent. La démarche est de fait plus aisément une démarche gagnant – gagnant.

3.1.3 Le groupe projet : du diagnostic à l'implémentation du projet

La finalité du projet ayant été posée, le préalable à la détermination du plan d'actions est l'état des lieux. Il permet de recenser les acteurs, les actions et savoir-faire (compétences) existants puis d'analyser le rapport objectifs / résultats.

L'étape suivante est le diagnostic : il s'agit de déterminer les besoins réels, les priorités et les optimisations réalisables ; cela en référence aux rapports, aux guides de bonnes pratiques, aux indicateurs en lien avec la finalité du projet.

Compte tenu de la finalité du projet, les références à mobiliser seront - au niveau national - le rapport de l'IGAS, les guides et rapports de la HAS (culture qualité, enquête IPSOS, ...) et référentiels de formation. Au niveau local, il s'agira du résultat de la dernière certification (notamment le critère 1.g, les pratiques exigibles prioritaires (PEP), tous les critères des références 8-partie 3 et 28 - partie 5⁷⁷, les recommandations, voire les réserves, les résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS), les résultats d'audits internes... et selon le projet pédagogique de chaque institut de formation, la déclinaison des enseignements (CM, TD et TP⁷⁸) relatifs à la qualité – sécurité des soins.

Ainsi en complément du diagnostic, le projet pourra être formalisé et le plan d'actions bâti (décomposition des actions en tâches, identification des acteurs, programmation temporelle (diagramme de GANTT), détermination des indicateurs de réussite). Outre le comité de pilotage (COFIL) du projet, un pilote sera nommé pour chaque action. Il s'agira d'un volontaire ou d'une personne experte, le COFIL validera sa nomination. Une fiche action sera établie et servira de feuille de route.

Les vecteurs de l'implémentation du projet seront :

- en établissement de santé : le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les projets de pôles // le Directoire, la direction qualité, la CSIRMT, les réunions direction qualité / direction des soins, les réunions cadres (de pôles, de proximité, ...),
- en institut(s) de formation : le projet d'école (d'institut), le projet pédagogique, le rapport d'activités // le Conseil pédagogique, le Conseil Technique, les réunions pédagogiques, les réunions lieux de stage – IF,
- le COFIL, le groupe projet.

⁷⁷ Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS.

⁷⁸ Cours magistraux, Travaux Dirigés et Travaux Pratiques.

3.1.4 La communication

La communication du projet est essentielle. Non seulement elle valorise les acteurs impliqués mais représente aussi un vecteur d'information tant interne qu'externe. Non seulement elle permet de légitimer les actions entreprises, qui inscrites dans un « tout », prennent sens mais elle garantit aussi la construction d'un vocabulaire partagé et d'une vision commune.

Cependant, celle-ci ne s'improvise pas et nécessite l'élaboration d'un plan de communication. Il s'agit de communiquer en fonction des étapes clés. Pour chacune d'entre elles, il faudra cibler le public et adapter le message à transmettre, le support à utiliser (acteurs internes ou externes). C'est pourquoi, la communication devra être planifiée mais aussi être adaptée aux imprévus.

Ce tableau nous permet de visualiser le vecteur de communication requis en fonction des destinataires :

Interne	Externe
Directoire	Réunions Conseil Régional
Conseil de surveillance	Site internet CH / IF
CSIRMT	Portes ouvertes / Salons professionnels
Réunions de cadres (supérieurs et cadres de proximité)	Réunions instituts de formation / lieux de stage
CLIN, CLAN, CLUD	Plaquette d'information des IF
CRUQPC	Presse professionnelle
Journal interne / Intranet	Université

3.1.5 Le management des cadres

En établissement comme en institut(s), « le *leadership* déployé par le DS auprès du collectif cadre est la courroie de transmission des enjeux locaux⁷⁹ ». Entre autres, les cadres de proximité constituent le premier niveau d'encadrement. Ils vont devoir avoir intégré la finalité et les modalités de mise en œuvre du projet pour pouvoir les transmettre aux équipes qu'ils vont accompagner dans sa mise en pratique. Leur adhésion au projet aura un impact sur l'implication des équipes et sera une garantie de l'acquisition de compétences collectives et individuelles.

Ainsi, DSG et DSF apporteront leur soutien respectif aux acteurs opérationnels (CSS, cadres de santé de proximité, formateurs) tout en contrôlant les actions mises en place. Ils valoriseront les initiatives de partenariat terrain / instituts de formation déjà

⁷⁹ CHAUVANCY MC, DUGAST C., juin 2013, « Le métier de directeur des soins, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie ? », *Les cahiers de la fonction publique*, n° 333, p. 67.

entreprises, celles-ci seront citées comme exemple des possibles ou innovations réalisables. Motivant ainsi les ambitions professionnelles, ceci pourra créer chez les autres cadres, l'envie de participer au projet.

Le projet de partenariat terrain / IF va permettre aux cadres de proximité et aux cadres formateurs de travailler ensemble en regard d'une finalité commune. Ils vont apprendre à se connaître et à se reconnaître. Cela va donc contribuer à modifier les représentations individuelles et va rapprocher le réel (le terrain) du prescrit (la formation). Le challenge pour les DS est de les fédérer autour d'enjeux compris et partagés et de leur donner la volonté d'agir ensemble.

Par ailleurs, la possibilité d'une alternance d'exercice des cadres entre terrain et formation pourra être envisagée, voire sollicitée par ceux-ci. Elle pourra être contractualisée dans le partenariat.

Enfin, ce projet permettra aussi aux cadres et aux DS de détecter et de promouvoir les potentiels, les compétences chez les professionnels engagés dans le projet.

Nous avons vu comment la collaboration entre le DSG et le DSF peut contribuer à l'acculturation à la qualité – sécurité des soins. En regard d'une stratégie institutionnelle claire intégrant les interfaces avec la CME et la direction qualité, cette collaboration sera déclinée *via* la conduite de projet. La formalisation du partenariat, sa communication et son déploiement par les cadres sont des éléments essentiels. Cependant, pour que le projet aboutisse, il est nécessaire que l'organisation soit apprenante. Cela requiert certains préalables que nous allons développer.

3.2 Une organisation apprenante où les professionnels sont impliqués et s'acculturent à la sécurité en santé

L'implémentation de la stratégie des DS au niveau organisationnel et opérationnel repose sur une approche de l'établissement de santé donc de chaque service comme étant une organisation apprenante. Outre le décloisonnement des acteurs qu'elle engendre, l'organisation est lieu et source d'apprentissage inter et pluri professionnel, intergénérationnel car elle favorise les interactions réciproques.

Le pilotage d'une telle politique de prévention, de gestion des risques liés aux soins donc de culture qualité – sécurité des soins permet d'améliorer le bien-être au travail. En effet, nous avons remarqué qu'il existait une peur chez le nouveau diplômé liée à l'absence de communication au sujet de l'erreur commise par un collègue. Il était

désarmé, se demandait comment il devait réagir face à une situation identique, ce qu'il risquait. L'absence de communication majore les interprétations, les rumeurs, les craintes et peut amplifier les risques. Le même phénomène se produit chez les étudiants lorsqu'un des leurs est exclu de stage.

L'organisation est aussi apprenante lorsqu'elle fait participer ses acteurs aux démarches qualité, entre autres, aux audits. Or, il ressort des entretiens qu'il est fréquent que les participants à ces audits, et notamment lorsque ce sont des étudiants, n'aient pas de retour des résultats et des plans d'actions qui en découlent. Ainsi, ils n'ont pas de vision d'ensemble, ils perdent le sens de ces audits et de leur inscription dans une démarche globale d'amélioration, ce qui est dommage. Il est donc nécessaire d'allier implication et participation de tous les professionnels à la fois en équipe et individuellement pour qu'ils aient une plus grande appropriation des dispositifs.

Penser un partenariat terrain – formation inscrit au sein d'une organisation apprenante, a pour finalité la sécurité du parcours de soins et l'apprentissage des bonnes pratiques. Ce partenariat nécessite, de fait, certains préalables.

3.2.1 Passer de la faute à l'erreur

La réponse non punitive à l'erreur est une des dimensions intervenant dans la culture qualité⁸⁰. En termes de gestion des risques, le signalement des événements indésirables (EI) par tous les acteurs de soins et l'exploitation de l'erreur potentielle ou avérée, décelable ou décelée, sont essentiels. Signalements et retours d'expérience contribuent donc à la prévention et à la correction des risques.

Cependant, force est de constater qu'il existe une sous-déclaration des EI, un défaut de signalement. Les écrits, rapports sur ce thème sont nombreux. Ils traduisent la nécessité de traiter ce problème : déclarer des EI génère des craintes.

L'Académie Nationale de Médecine recommande, par exemple, « qu'un texte législatif, inséré dans le code de la santé publique, assure la protection juridique des professionnels de santé qui s'engagent de bonne foi dans la démarche du signalement des événements indésirables⁸¹ » afin que les médecins déclarent plus les EI.

⁸⁰ cf. ANNEXE 1.

⁸¹ Académie Nationale de Médecine, Commission XVII – Ethique et droit, Groupe de travail sur le « Signalement des événements indésirables en médecine – Protection juridique », Rapport et recommandation (30 mai 2011- 21 février 2012), p. 6.

L'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) quant à lui, dans un rapport concernant la déclaration des événements graves (EIG) liés aux soins⁸², a constaté que les professionnels médicaux sont dans 48% à l'origine du signalement. Dans 31% ce sont des paramédicaux et dans 20% des autres professionnels de santé. L'InVS recommande de développer la communication et notamment la rétro-information, d'accompagner le système, d'améliorer et de simplifier les outils de déclaration.

Nous voyons que déclarer un EI ou un EIG ne va pas de soi. L'intérêt de la déclaration est mal perçu. Parfois les modalités, les outils de signalement sont méconnus des professionnels. Une enquête réalisée aux Hospices Civils de Lyon⁸³ met en évidence que le premier frein à la déclaration est la méconnaissance et l'absence d'intérêt de la part des personnels. Les jeunes diplômés infirmiers enquêtés disent n'avoir jamais déclaré d'EI et surtout ne pas savoir comment faire. De plus, la perception d'un EI est variable selon la personne qui déclare, selon le type d'incident (« On déclare plus facilement les chutes que les erreurs médicamenteuses » confie lors des entretiens un infirmier expérimenté). Le plus souvent, quel que soit le professionnel de santé, déclarer est encore assimilé à avouer une faute, faire de la délation et fait craindre des sanctions. Lorsque les professionnels ont dépassé ces représentations, ils se heurtent à une absence de retour d'informations sur le traitement et le plan d'actions consécutif à leur déclaration. Ce point a, d'ailleurs, été évoqué par les professionnels rencontrés qui disent que cela ne les encourage pas à déclarer de nouveau. La proposition faite par le gestionnaire des risques concernant la gestion de l'erreur réalisée par un étudiant, s'inscrit dans cette approche de l'erreur contribuant à l'amélioration des pratiques⁸⁴.

La vision de l'erreur permettant de faire progresser les pratiques est donc en construction et nécessite que la démarche qualité – sécurité des soins prenne en considération cet état de fait.

Le projet de partenariat établissement – instituts de formation devra prendre en compte cette problématique. Si les futurs professionnels sont, dès leur formation initiale, sensibilisés à la déclaration des EI, s'ils ont la possibilité de s'approprier les outils de déclaration (en simulation et sur leurs lieux de stages) et d'assister à des retours d'expérience, cela leur permettra de comprendre le sens et l'utilité de déclarer tous les EI qu'ils soient sentinelles ou graves.

De la même façon, si un étudiant fait une erreur, entraînant ou non une interruption de stage, celle-ci devra être signalée et traitée (analyse des causes). En lien

⁸² InVS, Rapport d'évaluation « Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins en établissement de santé », janvier 2012, p. 19.

⁸³ DirectHopital.com, « Evénements indésirables : le mode de signalement mal connu et l'intérêt mal perçu », 18/07/2013.

⁸⁴ cf. Partie 2.3, p. 28.

avec le gestionnaire des risques, un retour devra exister auprès des équipes ayant accueilli l'étudiant/élève, auprès de l'équipe pédagogique et auprès des étudiants/élèves. Un plan d'actions permettant d'éviter que cela ne se reproduise sera élaboré (politique de retour d'expériences). Chaque pôle ou service sera en mesure d'établir une cartographie des risques en lien avec l'accueil des stagiaires (culture d'identification des risques).

3.2.2 Démystifier la mutualisation pour garantir le partenariat

La mutualisation est une des conditions mais aussi une des conséquences du partenariat. Généralement, des expériences de mutualisation de moyens au sein d'IF ont été initiées tout d'abord au niveau des locaux et du matériel pédagogique. Puis, compte tenu du manque de places de stages dans certaines disciplines (psychiatrie, chirurgie), les mutualisations ont concerné la gestion des stages. Les centres de documentation et d'information (CDI) ont, eux aussi dans certaines régions, fait l'objet de mutualisation. Mais, la mutualisation des ressources humaines reste rare et engendre craintes et résistances.

Cependant progressivement, force est de constater que la mise en place des nouveaux référentiels de formation a généré tout d'abord des partages d'expériences puis parfois, par nécessité, au sein des régions des harmonisations de pratiques (par exemple la détermination de critères d'attribution des ECTS⁸⁵ au stage) et enfin du fait du conventionnement avec les universités des mutualisations de dispensation de programmes de formation.

Mais malgré tout, le changement et donc la mutualisation font peur. Celle-ci est liée aux incertitudes et incarnée à plusieurs niveaux : la perte de repères quotidiens organisationnels, l'éventuelle ou probable nécessité de se déplacer dans d'autres lieux, la potentielle modification de son identité de formateur, le regard de l'autre sur sa pratique donc la possibilité d'avoir des critiques et de devoir questionner ses pratiques, la peur d'être démunie de « quelque chose », peur de devoir faire le travail de l'autre, ... Ainsi, fondée ou non, cette peur existe et nécessite d'être entendue, gérée car si elle ne l'est pas, elle engendre des rumeurs qui seront nuisibles au projet de partenariat.

C'est pourquoi face à ce risque de voir le projet parasité par les peurs des uns et des autres, il est essentiel que les DS communiquent, explicitent l'articulation entre le résultat attendu, les outils à mettre en place, les règles et le cadre de la participation de chacun des partenaires.

⁸⁵ *European Credits Transfert System*

3.2.3 Exploiter la réflexivité pour permettre aux acteurs d'analyser et d'améliorer leurs pratiques

La réflexivité est une approche pédagogique phare des nouveaux référentiels de formation des paramédicaux dont la déclinaison est faite grâce aux analyses de pratiques.

Cette approche n'est pas innée, elle demande un accompagnement de la part des formateurs pour que les étudiants s'approprient la démarche et fassent le lien entre savoirs et actions (vision processus). Donald SCHÖN⁸⁶ décrit la réflexivité comme le processus de réflexion en cours et sur l'action qui se situe au cœur de l'art du professionnel. Il s'agit de « rechercher le savoir caché dans l'agir professionnel ». Au terme de leur formation, les nouveaux professionnels auront acquis une posture réflexive qui leur aura permis de co-construire leurs compétences en regard de principes transposables et d'invariants.

Cette approche réflexive sera mobilisée tant en formation théorique qu'en formation clinique.

Les UE, dans le cadre des TD, mais surtout les unités d'intégration (UI) permettent aux étudiants, en mobilisant les apports des CM, TD et TP, d'analyser des situations de soins issues de réalités professionnelles. Ces situations sont, et cela est pour nous capital, préparées par les formateurs en liaison étroite avec les professionnels de terrain. La co-construction est un gage d'adéquation avec la réalité et contribue à la professionnalisation des étudiants.

En stage, les modalités pédagogiques sont centrées sur le retour sur la pratique, la réflexion et le questionnement. Les étudiants sont accompagnés par le tuteur et le formateur. Ainsi, les tuteurs des étudiants ont dû se former au tutorat, se sont familiarisés avec le portfolio et ont « découvert » les APP des étudiants. L'objectif et les principes sont prescrits par les référentiels de formation. Mais ensuite, les APP sont déclinées selon les projets pédagogiques et l'année de formation, en fonction de l'avancée de la mise en place des nouveaux référentiels de formation. Ces APP peuvent être écrites par l'étudiant et travaillées à l'IF avec le formateur, faire l'objet ou non d'échanges entre l'étudiant et son tuteur, être exploitées sur le lieu de stage (individuellement ou en groupe d'étudiants) par le formateur ou en co-animation par le tuteur et un formateur référent du lieu de stage. Ainsi, « l'institut de formation et le terrain de stage deviennent des médiateurs pédagogiques entre l'étudiant, sa pratique et l'apprentissage d'un métier⁸⁷ ».

⁸⁶ Penseur et pédagogue influent dans le monde anglo-saxon, à l'origine de travaux sur les stratégies d'apprentissage réflexives par la pratique. Source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Donald_Schön

⁸⁷ *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles*, « Du référentiel de formation en soins infirmiers au dispositif d'analyse de pratiques professionnelles. Quel parcours à explorer », J. CHOCAT, cadre de santé, n°1, septembre 2013. <http://www.analysedepratique.org/?p=343>

L'alternance permet le double apprentissage de la démarche réflexive (théorique et clinique) mais bénéficie surtout de la richesse des interactions entre étudiants – professionnels de terrain et de formation. Ce tout contribue à développer chez les futurs professionnels la pratique réflexive nécessaire au développement de l'analyse des pratiques des professionnels de santé. Mais, elle représente aussi une opportunité d'apprentissage de l'analyse réflexive par les professionnels de terrain car la réflexivité et la méthodologie des APP sont à mobiliser dans les EPP et la démarche qualité. Ainsi, les APP réalisées par les étudiants doivent-elles pouvoir être exploitées sur le terrain, voire s'inscrire dans des EPP. Progressivement, les professionnels deviendront observateurs de leurs pratiques.

Le passage de la faute à l'erreur, la démystification de la mutualisation et l'exploitation de la réflexivité représentent des préalables qui contribuent à ce que l'organisation soit apprenante. Ainsi, posés, ils nous permettent de décliner la combinaison des actions à mener sur le long terme, ce qui correspond au volet opérationnel du management selon SHORTELL.

3.3 La combinaison d'actions sur le long terme

La combinaison d'actions mises en place sur le long terme s'inscrit dans les dimensions structurelles et techniques du management et contribue à l'appropriation par les professionnels dès leur formation initiale, d'une démarche qualité – sécurité des soins. Si elle fait sens pour eux, elle sera intégrée dans leurs pratiques quotidiennes, voire dans leur identité et culture professionnelle. Ainsi, individuellement et collectivement, en combinant connaissances théoriques, apprentissages professionnels et réflexivité, ils acquerront un système de valeurs communes relatives à la qualité – sécurité des soins.

Pour l'institution, c'est là que se situe la valeur ajoutée de la collaboration et d'un partenariat de longue durée.

Chaque étudiant/élève en formation paramédicale a besoin de développer des compétences liées à son cœur de métier. Par contre d'autres compétences transversales, comme la qualité – sécurité des soins, sont nécessaires et communes à tous les professionnels.

C'est pourquoi il est essentiel que cette transversalité se concrétise par une approche commune à tous les professionnels. Ensuite, chacun selon les spécificités de son

exercice professionnel aura des enseignements adaptés (ex. radioprotection, ...) tant au niveau théorique que clinique.

3.3.1 Projet de soins, projet d'école et projet pédagogique : la formalisation du partenariat

La formalisation du partenariat se fera via le projet de soins. Dans son axe qualité – sécurité des soins, le partenariat avec le (les) IF sera décliné en regard de chacune des thématiques prioritaires. Ces thématiques, qu'elles soient larges (ex. : politique EPP, culture qualité) ou plus ciblées (ex. : prise en charge de la douleur, nutrition) comporteront toutes un objectif général, des objectifs opérationnels et des actions dans lesquels la collaboration de l'IF sera identifiée. L'évaluation du partenariat sera réalisée lors du bilan du projet de soins.

La CSIRMT sera un moyen facilitant la mise en œuvre du partenariat. La sous – commission qualité – sécurité des soins sera partie prenante. Les étudiants siégeant à la CSIRMT pourront mesurer l'implication institutionnelle et le sens donné au partenariat. Leur participation sera valorisée.

La CRUQPC sera informée du partenariat établi et pourra être force de proposition pour le parfaire.

De façon similaire, le projet d'Ecole comportera un axe qualité. Dans celui-ci, tout comme la thématique engagement dans une démarche qualité de dispositif de formation, la thématique qualité - sécurité des soins dispensés par les futurs professionnels sera déclinée en regard d'objectifs et d'actions. La collaboration avec l'établissement de rattachement y sera formalisée.

Le projet pédagogique décrira quant à lui, les orientations de la formation, les choix pédagogiques c'est-à-dire comment au cours des trois années de formation, les actions s'articuleront avec les unités d'enseignement. L'évaluation du partenariat sera planifiée.

Le conseil pédagogique permettra la mise en valeur de ce partenariat et sa communication aux différentes tutelles. La participation des étudiants traduira la dynamique mise en place. Les résultats de l'évaluation du partenariat y seront présentés.

Le Conseil de la vie étudiante, organe consultatif, pourra faire état du partenariat et donner son avis.

3.3.2 La déclinaison du partenariat entre professionnels de terrain et formateurs

La déclinaison du partenariat terrain/instituts de formation relatif à la qualité – sécurité des soins passe donc par une collaboration et mutualisation entre instituts de filières différentes et entre instituts de la même filière.

Il s'agira d'utiliser et de mobiliser tous les éléments qui pourront faire sens pour les futurs professionnels. Nous allons donc tenter d'aborder plusieurs pistes qui nous paraissent à la fois réalisables et sources de co-apprentissages.

- **La formation théorique**

La mutualisation d'enseignements de base en qualité – sécurité des soins (principes généraux, ...) réalisée entre IF a pour intérêt la diffusion d'un message identique à l'ensemble des paramédicaux tant sur la forme (sémantique) que sur le fond. Selon que les IF sont rattachés à un CHU ou à un CH, les modalités de la mutualisation seront différentes. Les IF rattachés à un CHU pourront soit mutualiser les enseignements entre IF de formation initiale (IFSI, IFMEM⁸⁸, IFTLM⁸⁹, ...), soit entre IF de formations spécialisées (école d'IBODE⁹⁰, école d'IADE⁹¹, ...). Ces initiatives pourront concerner autant les CM que les TD et les UI⁹². Il appartiendra alors au DS coordonnateur des IF de manager ce projet en fonction des ressources existant au sein de chaque IF/école (expérience professionnelle, formation et motivation des formateurs). Selon leur taille, les IF, par exemple IFSI - IFAS⁹³ rattachés à un CH, pourront mutualiser des enseignements. S'il n'existe qu'un seul IF, une mutualisation pourra être possible soit au niveau départemental (via les comités d'entente d'IF/école par exemple), soit au niveau local en groupant des enseignements lors de journées d'information qualité ou accueil des nouveaux arrivants. Par ailleurs, une mutualisation peut aussi s'exercer entre étudiants de la même filière mais d'années différentes.

Globalement, de telles initiatives permettent d'insuffler une ouverture alliant transférabilité des savoirs et connaissance réciproque des métiers avec un objectif commun : arriver à ce que la culture qualité et sécurité des soins dispensés soit partagée par tous.

Par ailleurs, la collaboration avec le terrain peut, au niveau de la théorie, se décliner à plusieurs niveaux. Tout d'abord, la construction des contenus des CM, TD et TP ainsi que les évaluations des UE relatives à la qualité – sécurité des soins seront

⁸⁸ IFMEM : Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale.

⁸⁹ IFTLM : Institut de Formation des Techniciens de Laboratoire Médical.

⁹⁰ IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

⁹¹ IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

⁹² IFMEN (UI 6.2 S 4) et école d'IADE (UE 4.5 : qualité et gestion des risques) : enseignement mutualisé dans le cadre de la gestion des risques professionnels lors de la mise en œuvre d'explorations en remnographie. Expérience recueillie au cours du stage 3 de notre formation à l'EHESP.

⁹³ IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants.

élaborées avec les professionnels de terrain. Des situations vraies illustreront les CM et seront exploitées en TD. Elles seront co-choisies et co-animées par les formateurs et les professionnels qualité. Cela aura pour objectif, outre la pertinence pédagogique, d'illustrer du fait de la co-animation, la collaboration pluri professionnelle, sa nécessité et son intérêt. En fonction des axes prioritaires déterminés par les deux DS, ceux-ci seront déclinés par les cadres formateurs en collaboration avec les référents qualité (coordonnateur de la gestion des risques, gestionnaire des risques, ingénieur qualité, ...).

Ainsi, une UE en lien avec la qualité – gestion des risques⁹⁴ pourra être co-construite et co-évaluée par un formateur, un professionnel et un gestionnaire des risques. De la même façon, un événement indésirable de son identification à sa déclaration pourra faire l'objet d'un TD ou d'une UI. Selon les priorités, ce TD ou UI pourra être en lien avec l'identito-vigilance, le circuit du médicament, les AES (accident d'exposition au sang), ... A ce titre, des commissions comme, par exemple, la COMEDIMS⁹⁵, pourront être associées. C'est aussi dans ce cadre que les étudiants pourront participer à un audit, celui-ci étant rattaché à une UE qualité et pouvant intervenir partiellement dans sa validation. Des professionnels pourront aussi, toujours en fonction des priorités définies, réaliser un CREX. Ainsi, la démarche d'analyse systémique sera initiée, la participation pluridisciplinaire valorisée, la méthodologie et l'objectif intégrés par les futurs professionnels.

- **La formation clinique**

Afin de faciliter la mise en œuvre du partenariat, il nous paraît important et essentiel que chaque terrain de stage ait un formateur référent. En effet, cet élément est prescrit dans les nouveaux référentiels de formation⁹⁶. Cependant lors des entretiens, nous avons constaté qu'il existait des disparités selon les IF. Soit le formateur référent de stage était identifié et différent du référent pédagogique de l'étudiant, soit il correspondait au référent de suivi pédagogique de l'étudiant donc changeait avec chaque stagiaire.

Or, cet interlocuteur privilégié qu'est le formateur référent de stage est une interface essentielle entre l'étudiant et les professionnels de terrain afin de garantir la qualité de son encadrement. Dans le cadre d'un partenariat formalisé tel que nous l'avons argumenté et décliné, la désignation d'un référent par lieu de stage est un préalable majeur à la faisabilité du partenariat. En effet, avec l'ensemble des acteurs de l'encadrement des étudiants, ils seront garants de la déclinaison contractuelle du partenariat au sein du service (en tenant compte des particularités et des ressources). Il est nécessaire qu'il existe un engagement mutuel sur le moyen, voire le long terme. Au

⁹⁴ Par exemple pour les infirmiers, UE 4.5 de S4 « Soins infirmiers et gestion des risques ».

⁹⁵ Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles.

⁹⁶ Par exemple, pour les infirmiers dans l'annexe III du référentiel du 31 juillet 2009.

sein de chaque IF, une fiche mission « référent de stage » sera élaborée en équipe pédagogique et validée par le DSF ; s'il existe plusieurs IF, sa structure sera harmonisée. Cette fiche mission sera présentée en CSIRMT, au Conseil pédagogique, en réunion de cadres.

Par ailleurs, le formateur référent du lieu de stage, en tant que personne ressource, participera avec les encadrants des unités de soins à l'élaboration du livret d'accueil, des situations emblématiques (prévalentes).

Ce partenariat pourra, à titre indicatif et compte tenu des principes déjà énoncés, comporter les éléments suivants : les APP seront réalisées en co-animation soit à l'IF, soit dans l'unité ; les étudiants pourront assister à un CREX et/ou à une RMM ; les étudiants auront un code UF (unité fonctionnelle) spécifique pour qu'ils puissent déclarer un EI au sein des unités ; les étudiants pourront participer à l'élaboration d'un chemin clinique, à la commission EPP (engagement formalisé sur les 3 ans de formation), ...

De même, en cas d'erreur commise par un étudiant, celle-ci, quelle que soit sa gravité ou sa nature, sera déclarée, analysée et fera l'objet d'un CREX au sein du service comme de l'IF ; les étudiants y seront inclus.

Enfin, une formation au tutorat sera proposée par le (les) IF. Elle mettra, entre autres, l'accent sur la qualité – sécurité des soins comme pratique intégrée aux soins et devant être décodée, incluse dans le raisonnement clinique donc inculquée aux étudiants au cours de leur stage.

- **Saisir toutes les opportunités et les communiquer**

De la même façon, toutes les opportunités seront saisies pour inscrire les futurs professionnels dans la dynamique qualité – sécurité des soins.

Les IPAQSS et les indicateurs recueillis lors d'audits internes réalisés au sein de l'établissement de rattachement sont, selon nous, des sources pédagogiques à optimiser. Le rapport de l'IGAS⁹⁷ a identifié que, parmi les conditions requises pour mobiliser les professionnels, « *l'appropriation par les professionnels des indicateurs qualité, qui fassent sens [...] élaborés avec eux, centrés sur le processus de soins et basés sur des preuves* » était une action à prioriser. Ainsi, la participation des étudiants aux audits devra être déterminée, par le COPIL, comme un axe stratégique. Le choix des priorisations à réaliser sera fait par le groupe projet au sein duquel les professionnels de terrain détermineront les audits à réaliser ou IPAQSS à améliorer. Les formateurs détermineront

⁹⁷ IGAS, rapport 2012 « L'hôpital », La documentation française, p. 78.

la faisabilité et l'organisation en regard des unités d'enseignements, des TD ou TP. Le COPIL validera le choix et les modalités de mise en œuvre. La participation des étudiants à un audit pourra être déclinée de sa réalisation aux propositions d'actions d'amélioration (si besoin un relais pourra être envisagé entre deux promotions). Toute participation d'étudiants à un audit fera l'objet d'une communication institutionnelle et ceux-ci auront le retour des résultats de l'audit auquel ils ont contribué.

Ainsi, lors des journées annuelles de risques et vigilances organisées par l'établissement, les étudiants des IF seront toujours conviés, en partie ou tous en fonction des disponibilités et contraintes organisationnelles. Les étudiants ayant participé à ces journées feront une restitution à leurs collègues.

La réalisation par les équipes soignantes de chemins cliniques pourra aussi être mobilisée et utilisée lors des enseignements dispensés à l'IF (CM et TD). En effet, « le chemin clinique est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Elle vise la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant une même pathologie ou la même situation de dépendance⁹⁸ ». Outre l'apprentissage que le chemin clinique permet, il valorise la réflexion soignante. Pour les étudiants, cela représente un modèle d'identification et leur ouvre des perspectives en matière d'amélioration des soins.

Les travaux écrits de fin d'études (TEFE) pourront aussi s'inscrire dans le projet institutionnel qualité – sécurité des soins ou participer à une dynamique de travail, voire de recherche si elle est formalisée au sein de l'établissement. Une présentation des travaux en cours ou déjà réalisés sera faite aux étudiants afin qu'ils puissent se projeter et intégrer leur travail dans un collectif. Le groupe de travail sera ressource pour l'étudiant.

Les stages des étudiants en spécialisation pourront s'inscrire dans une problématique qualité – sécurité des soins et faire l'objet d'une action ciblée contribuant à une amélioration des pratiques (lien EPP par exemple).

Enfin, la participation des professionnels de terrain aux différents Conseils (pédagogique, technique, de discipline), aux Commissions d'Attribution de Crédits renforcera le lien entre terrain et formation. De la même façon, la participation des formateurs à la CSIRMT, aux groupes projets de l'établissement (EPP, CLIN⁹⁹, ...) formalisera le lien formation – terrain.

⁹⁸ HAS, « Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité », juin 2004, p. 6.

⁹⁹ Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

La formation clinique et la formation théorique seront d'autant plus, du fait du partenariat, mises en œuvre, articulées. Par le biais des multiples interactions réalisées, le goût de l'échange et de la co-construction sera ainsi cultivé.

3.3.3 L'inscription des différentes structures et commissions de l'établissement dans le partenariat avec l'(les) institut(s) de formation

Il existe, de longue date, des initiatives dans le domaine de l'hygiène et une préoccupation réciproque des apprentissages et de leur qualité ayant pour finalité les soins sécurisés au patient. Les professionnels enquêtés citent d'ailleurs en premier lieu l'hygiène comme élément central de leur formation et contribuant à la qualité – sécurité des soins.

Par exemple, dès 1998, le CCLIN¹⁰⁰ Sud-Ouest a élaboré avec les professionnels d'IFSI, IF de Masseur Kinésithérapeute (IFMK) et IF Aide-Soignant (IFAS), des recommandations pour une bonne coopération entre les IF et les structures de lutte contre les infections nosocomiales¹⁰¹. Ainsi, ces recommandations définissent les modalités de coopération entre le CLIN, les équipes opérationnelles d'hygiène et les écoles / IF, le rôle de chacun, les notions minimales à acquérir par les étudiants et la stratégie à mettre en place. La compréhension et la réduction des écarts entre le terrain et l'IF sont abordés.

Les nouveaux référentiels de formation définissent désormais les stages comme qualifiants en regard des éléments suivants que « le maître de stage se porte garant de la mise à disposition des ressources, notamment la présence de professionnels qualifiés et des activités permettant un réel apprentissage, mais aussi de l'établissement d'une charte d'encadrement, d'un livret d'accueil et d'une convention de stage¹⁰² ». Partant de ce principe, il paraît tout à fait possible et réalisable de pouvoir formaliser, selon une trame identique (s'inspirant par exemple de celle du CLIN ou d'autres), les partenariats entre les IF quels qu'ils soient et l'ensemble des structures, commissions se rattachant à l'établissement de santé. Il va de soi que la place de la Direction qualité/cellule qualité est prépondérante, et qu'elle doit être partie prenante de cette dynamique. Les membres de la Direction qualité s'inscriront donc, eux aussi selon leurs compétences, dans ces initiatives.

¹⁰⁰ Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales

¹⁰¹ <http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/institutup.pdf>

¹⁰² Pour les infirmiers : Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.

Ainsi, cela pourra consister à définir le partenariat avec le CLIN, CLUD¹⁰³, CLAN¹⁰⁴ mais aussi la COMEDIMS, la commission EPP, les sous-commissions de la CSIRMT, la commission PCR¹⁰⁵, etc.

Il ne s'agit pas là d'uniformiser tous les partenariats mais de les harmoniser en gardant les spécificités de chaque formation (initiale ou de spécialisation) et de chaque entité. Outre la formalisation de l'engagement réciproque des professionnels de terrain et de formation, ce « contrat » aurait une vocation double, garantir aux étudiants/élèves l'acquisition d'invariants (précautions standards et bonnes pratiques) tout en les impliquant dans la démarche qualité en lien avec leur futur exercice. Ayant compris le sens de ces commissions, leur sensibilisation en tant qu'étudiant pourra se traduire par la poursuite de leur investissement en tant que professionnel.

3.3.4 La place de la simulation

La simulation est une méthode pédagogique utilisant du matériel de haute technologie et les nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC). Basée sur des scénarii, elle a prouvé son efficacité. Dans le cadre de la simulation en santé, différentes approches peuvent être utilisées seules ou combinées : réalisation de gestes techniques, raisonnement clinique, mise en œuvre de procédures, gestion des comportements, reproduction d'événements indésirables, simulation de situations exceptionnelles, etc. Il s'agit de créer des situations d'apprentissages contextualisés en vue de développer ou d'évaluer des compétences. « Jamais la première fois sur le malade », traduit du « *Never the first time with the patient* » est un précepte qui guide dorénavant la formation des professions de santé.

La simulation a l'avantage, par le fait qu'elle réalise des allers et retours, d'autoriser le droit à l'erreur. En effet, l'apprenant du fait de sa démarche réflexive revient sur sa prise de décision.

Son efficacité repose sur l'analyse qu'en fait le formateur (débriefing). Il est donc indispensable que les formateurs animant les séances soient formés. Par ailleurs, il est nécessaire de disposer de locaux et de matériels spécifiques.

Ainsi, cette action sera à décliner en fonction des ressources locales, universitaires, régionales,... Selon celles-ci, un rapprochement auprès du centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ou d'un centre de pédagogie active (CPA) pourra être réalisé et une mutualisation contractualisée ; un projet de laboratoire de compétences peut aussi

¹⁰³ Comité de Lutte contre la Douleur

¹⁰⁴ Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

¹⁰⁵ Commission PCR : commission radioprotection.

être envisagé en fonction des possibilités et contraintes financières. Toutes les initiatives ou projets existants seront à prendre en considération, tout comme la réponse à des appels à projets (programme « initiatives d'excellence en formations innovantes »¹⁰⁶).

Par ailleurs, il nous paraît essentiel que la simulation pour les situations combinées comme la reproduction d'un événement indésirable, soit réalisée en groupe pluri professionnel (un étudiant / un paramédical / un médecin). La simulation est un outil qui développe l'échange. Elle permet donc à chacun d'identifier les interactions entre acteurs et les savoirs à mobiliser, donc de comprendre ce qui s'est produit grâce à l'analyse. Car dans leur pratique quotidienne, ces différents acteurs auront à travailler ensemble pour prendre en charge le patient. De plus, la mise en actions de différents professionnels leur permet de mieux se connaître et de se dégager des représentations que chacun d'entre eux peut avoir.

En associant terrain et formation, il s'agit, dès le début du processus de professionnalisation des futurs professionnels, de donner sens aux différentes démarches qualité afin que la culture qualité – sécurité des soins soit partie intégrante de leurs pratiques quotidiennes.

La diversification des apports, des pratiques explorées, expérimentées en formation va permettre aux étudiants de visualiser les possibles en matière de qualité – sécurité de soins et d'intégrer le travail en équipe pluridisciplinaire.

Ils pourront aussi se projeter dans leur futur exercice professionnel et identifier l'axe dans lequel ils auront, ensuite, le plus envie de s'investir.

¹⁰⁶ <http://www.picardie.fr/Le-projet-SimuSante-labellise>; <http://www.cpa-simusante.org/>

Conclusion

Tout au long de ce travail, nous nous sommes attaché à démontrer l'impact du partenariat entre directeurs des soins d'institut(s) de formation et directeur des soins d'établissement de santé, sur l'acculturation à la qualité – sécurité des soins.

Actuellement, les établissements de santé ont amorcé le développement de la culture qualité. Mais la gouvernance et les exigences actuelles nécessitent qu'ils accompagnent tous les acteurs afin qu'ils s'approprient et donnent sens à la démarche qualité, à la gestion des risques associés aux soins donc à la sécurité des soins.

En effet, d'une part la loi HPST a porté au cœur des missions des établissements de santé la qualité et la sécurité des soins. D'autre part, la réingénierie progressive de toutes les formations paramédicales permet d'intégrer, grâce à l'approche réflexive, la sécurité des soins dans les pratiques et représente une opportunité à saisir. Au-delà de la nécessité de l'adhésion optimale de l'ensemble des professionnels, il s'agit avant tout de permettre l'acculturation à la qualité – sécurité des soins. De fait, cette approche impose la détermination de priorités stratégiques qui nécessitent d'être établies dans le cadre d'une concertation la plus large possible.

En établissement de santé comme en institut(s) de formation, le directeur des soins est manager de managers. La loi HPST a renforcé son rôle d'animateur et il est, avant tout, garant de la stratégie des projets qu'il pilote. Avec ses collaborateurs, de par ses missions, il a à répondre à un enjeu majeur et réglementaire : la sécurité du patient et la gestion des risques associés aux soins donc la qualité des soins dispensés par les professionnels et futurs professionnels. Ainsi, la contribution du directeur des soins à la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue des soins, passe nécessairement par le développement de la culture qualité – sécurité des soins chez les professionnels et chez les futurs professionnels. L'élaboration, par les directeurs des soins gestion et formation, d'une stratégie commune et son pilotage en lien avec la direction qualité et la CME apparaissent alors comme éléments contributifs.

C'est pourquoi, nous avons souhaité rechercher en quoi les interactions entre étudiants, formateurs et professionnels de terrain pouvaient contribuer à renforcer l'acculturation à la qualité et gestion des risques.

Nous avons donc en regard de l'objet de notre recherche, tout d'abord mobilisé les concepts de qualité – sécurité des soins et les dimensions de la culture qualité. Puis, nous

avons questionné les concepts d'acculturation, d'interaction, d'organisation apprenante et de réflexivité. La clarification de ces concepts nous a aidé à cheminer et à mieux identifier les interactions existantes et possibles entre formation et terrain comme contributives à l'acculturation à la sécurité des soins. Ainsi, l'émergence du concept de sécurité des soins, la conception des établissements de santé comme organisation apprenante couplée à l'opportunité des nouveaux référentiels de formation, nous ont conduit à déterminer qu'une gouvernance commune des DSF et DSG permettrait l'acculturation à la sécurité des soins.

Par ailleurs, les entretiens menés auprès de professionnels de terrain et de formation, les documents étudiés nous ont permis d'identifier que la perception de la qualité – gestion des risques était liée au quotidien de chacun. Nous avons constaté qu'il existait un intérêt certain et réciproque des acteurs de terrain et de formation à travailler ensemble dans le domaine de la qualité – gestion des risques. De plus, des initiatives avaient été menées et spontanément, les professionnels se sont tous projetés dans des actions à co-construire : une co-construction de partenariat émergeait.

Afin de mesurer les écarts entre les concepts mobilisés et les expériences, ressentis des acteurs d'un partenariat en co-construction, la grille de lecture que nous avons utilisée est celle des quatre dimensions du management de Shortell couplée aux dimensions de la culture qualité – sécurité des soins telles que les a définies la HAS. Initialement, notre intérêt s'était porté sur quelques-unes des dimensions de la qualité – sécurité des soins. Mais, nous avons pris conscience au fil de notre travail et des entretiens que les dix dimensions intervenaient dans la construction de la culture qualité.

Ainsi, ayant pour finalité l'acculturation à la qualité – sécurité des soins, nous avons pu mettre en évidence, la nécessité d'une part de formaliser le partenariat entre institut(s) de formation et établissement de santé et d'autre part de combiner des actions pluri-professionnelles sur le long terme.

Les préconisations que nous avons formulées, reposent donc sur la collaboration entre directeurs des soins gestion et formation, sur leur stratégie commune pour contribuer à l'appropriation et à l'adhésion à la valeur sécurité des soins. Cela passe par des préalables que sont : le passage de la faute à l'erreur, la mutualisation, les interfaces avec la direction qualité et la CME, l'exploitation de l'approche réflexive. La stratégie nécessite, pour chacun des directeurs des soins, de gérer le projet, de conduire le changement et de manager les cadres.

Ainsi positionner, stratégiquement, le projet qualité – sécurité des soins dans un partenariat co-construit entre terrain et formation donne sens, forme au « pourquoi et comment faire ensemble » et permet aux DS de remplir leur mission commune.

Le partenariat devient un levier pour transformer les organisations puisqu'il mobilise à la fois la communauté soignante (médicale et paramédicale) et les différentes directions. Majorant le sens des responsabilités de chacun des acteurs, il permet d'accéder à plus de novation et apporte de la valeur ajoutée sans forcément occasionner de coûts supplémentaires.

Pensée et managée, par les DS *via* le partenariat terrain – formation, la démarche qualité - sécurité des soins allie, dans un souci de performance, les aspects techniques, structurels et humains. Ces derniers sont mobilisés au sein d'une organisation apprenante où pluridisciplinarité et co-apprentissage permettent aux acteurs d'être réflexifs quant 'à leurs pratiques et donc contribuent à l'acculturation à la qualité - sécurité des soins.

Dès 2007, des spécialistes de la culture de sécurité en santé qualifiaient ce concept de multidimensionnel. Ils mettaient en avant que « l'absence d'une classification commune des dimensions constituant la culture de sécurité des soins trouve sa résonance dans l'absence d'une réponse consensuelle à la question : à quoi doit ressembler une forte culture de sécurité des soins dans les organisations de santé ? »¹⁰⁷. Ils ajoutaient qu' « une classification des attributs de la culture de la sécurité des soins serait possible »¹⁰⁸ compte tenu de la littérature existant sur ce sujet.

L'approche de la construction de la culture qualité – sécurité des soins que nous avons réalisée, en regard du partenariat établissement de santé et institut(s) de formation a contribué à donner quelques pistes supplémentaires.

Par ailleurs, ce partenariat aura inévitablement un impact sur les soignants de demain tant au niveau de leur profil que de leurs compétences, ce qui permettra aussi d'ouvrir le champ de la recherche en soins.

¹⁰⁷ *Risques & Qualité* • 2007 - Volume IV - N°4, « La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence », p. 209.

¹⁰⁸ *Ibidem* p. 209.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Arrêté du 31 juillet 2009, relatif aux autorisations des instituts de formation préparant au diplôme d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure - podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur.

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

OUVRAGES

ALTET M., 2000, Les dispositifs d'analyse des pratiques pédagogiques en formation d'enseignants : une démarche d'articulation pratique-théorie-pratique, in *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, Editions L'Harmattan, pp. 15-33.

BAZET I., JOLIVET A. et MAYERE A., Pour une approche communicationnelle du travail d'organisation : changement organisationnel et gestion des événements indésirables, *Communication et organisation*, 33 | 2008, Presses universitaires de Bordeaux, pp. 31-39, mis en ligne le 01 juin 2011, [visité le 04.05 2013], disponible sur Internet : <http://communicationorganisation.revues.org/424>

CARDON A., 2005, *Leadership de transition*, Paris, Editions d'Organisation, 200 p.

LAVILLE C. et FABLET D. (Coord.), (1998), *Analyser les pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 358 p (édition revue et corrigée, 2000, 384 p.)

MARC E. et PICARD D., 2006, *Interaction*, Vocabulaire de la psychosociologie, Eres, 240 p.

MORIN E., 1977, *La Nature de la nature (t. 1)*, La Méthode (6 volumes), Le Seuil, 399 p.

STORK H. E., 1999, *L'introduction à la psychologie anthropologique*, Paris, A. Colin, collection Cursus, 222 p.

VIDAILLET B., 2006, *Le sens de l'action*. Karl E. Weick : socio-psychologie de l'organisation, Paris, Vuibert, 183 p.

ZARIFIAN P., 1999, *Objectif compétences*, Paris, Edition Liaisons, 232 p.

REVUES

BONICCO C., juillet 2006, « Goffman et l'ordre de l'interaction : Un exemple de sociologie compréhensive », *Philonsorbonne* n° 1/Année 2006-07, pp. 31- 48. [visité le 01.05.2013], disponible sur Internet : <http://edph.univ-paris1.fr/phs1/numero1.pdf>

BOURASSEAU S., mai 2007, « Mutualisation des moyens des CDI des IFSI bas-normands », *Soins Cadres*, n° 62, p 58.

BOUVERET A., LIMA L., MICHON D., GRANGEAT M., 2012/03, « Au cœur de la réforme des études en soins infirmiers : enquête auprès des enseignants formateurs en IFSI. », *Recherche en soins infirmiers*, n° 108, pp. 95-105.

BRAMI A., octobre 2000, Sociologie « L'acculturation : étude d'un concept », *DEES (Documents pour l'Enseignement Economique et Social)*, n° 121, pp. 54-63, [visité le 01.05.2013], disponible sur Internet : <http://www2.cndp.fr/RevueDEES/pdf/121/05406311.pdf>

CASTAGNOLI S., n°7 janvier 2006 – Université François Rabelais Tours, « L'organisation apprenante : une approche bidimensionnelle », *Lettre du CERMAT*, pp. 1-25. [visité le 02.04.2013], disponible sur Internet : http://cermat.iae.univ-tours.fr/IMG/pdf/05-126_SCastagnoli.pdf

CHAUVANCY MC, DUGAST C., juin 2013, « Le métier de directeur des soins, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie ? », *Les cahiers de la fonction publique*, n° 333, pp. 64-68.

CHOCAT J., septembre 2013, « Du référentiel de formation en soins infirmiers au dispositif d'analyse de pratiques professionnelles. Quel parcours à explorer », *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles*, n°1. [visité le 29/09/2013], disponible sur Internet : <http://www.analysedepratique.org/?p=343>

GRALL J.-Y., NACU A., MICHEL P., SELLERET F.-X., n° 79 juin 2012, « Les politiques et dispositifs de sécurité du patient », *ADSP*, p. 47-58. [visité le 19/05/2013], disponible sur Internet : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/79/ad794758.pdf>

JOLY A., 2 Mars 2004, « L'approche de l'incident critique en tant que mode d'enseignement en classe : plaider pour sa revitalisation », *Cahier de recherche n° 04*, HEC Montréal, pp. 1-41. [visité le 19.05.2013], disponible sur Internet : http://www.hec.ca/recherche_publications/direction_recherche/cahiers_recherche/2004/04_02.pdf

MAILIS N., n°3/2009 : Apprentissage et management de la qualité, « Management de la qualité et organisation apprenante: l'apport de Deming », *Revue interdisciplinaire des sciences humaines et sociales*, ESSACHESS, p.11-23.

MAURY ZING C., 2012/11, « Les situations apprenantes pour une construction des savoirs », *Soins*, n° 770, pp. 40-46.

OCCELLI P., QUENON J.-L., HUBERT B., HOARAU H., POUCHADON M.-L., AMALBERTI R., AUROY Y., MICHE P., SALMI R., SIBE M., PARNEIX P., 2007 - Volume IV - N°4, « La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence », *Risques & Qualité*, pp. 207-212. [visité le 04.05.2013], disponible sur Internet : <http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.cpm.aquisante.priv/files/DECLICS-ArticleCulture-Risques&Qualit%C3%A9-IV-4-2007.pdf>

VIAL M., 2001-2- la qualité de la formation en débat, « Les missions du formateur et la qualité : entre désignation et attribution », *Education permanente*, n° 147, page 118.

RAPPORTS / COMMUNICATIONS

Académie Nationale de Médecine, Commission XVII – Ethique et droit, Groupe de travail sur le « Signalement des événements indésirables en médecine – Protection juridique », Rapport et recommandations (30 mai 2011- 21 février 2012), [visité le 18/07/2013], <http://www.academie-medecine.fr/Upload/Eldoc.pdf>

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », avril 2002. [visité le 24.06.2013], disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf

Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Paris, France (2012), Communication n°226 – Atelier 21 : Formation au métier du soin « L'analyse de pratique, une opportunité de transmettre », BAERISWYL C., Infirmière, Professeure, Haute Ecole de Santé de Fribourg, Suisse. [visité le 08.05.2013], disponible sur Internet : http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/79/05/91/PDF/christine-baeriswyl-com-226-atelier-21_1355910316827.pdf

CCLIN Sud-Ouest, « Recommandations pour une bonne coopération entre les IF et les structures de lutte contre les infections nosocomiales », avril 1998, [visité le 24.06.2013], disponible sur Internet : <http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/institutup.pdf>

Haute Autorité de Santé, « Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité », juin 2004, [visité le 24.07.2013], disponible sur Internet : www.has-sante.fr/.../application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide

Haute Autorité de Santé, « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », juin 2005, [visité le 24.06.2013], disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf

Haute Autorité de Santé. « Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé. », décembre 2007. Rapport collègue HAS. [visité le 01.05.2013], disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf

Haute Autorité de Santé, « Manuel de certification des établissements de santé V2010 », *Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*, novembre 2008.

Haute Autorité de Santé. « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. », décembre 2010. Dr Pauline OCCELLI – Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine – Chargée de mission à la HAS est l'auteur de ce rapport. [visité le 01.05.2013], disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins_du_concept_a_la_pratique.pdf

Haute Autorité de Santé, « Manuel de certification des établissements de santé V2010 », *Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*, avril 2011.

Haute Autorité de Santé, « La sécurité des patients : mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé – Des concepts à la pratique », mars 2012.

Inspection Générale des Affaires Sociales, « L'hôpital », La documentation Française, rapport 2012.

InVS, Rapport d'évaluation « Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins en établissement de santé », janvier 2012, [visité le 27/07/2013], disponible sur Internet :

http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7926

Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, DGOS, mars 2010, [visité le 05/01/2013], disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

THESE / MEMOIRES

AKROUR K., 2009, Formation des infirmiers par l'approche compétences : nouveauté ou continuité ?, Mémoire Master professionnel Métiers de la formation, UFR des Sciences de l'homme et de la société, Département Sciences de l'éducation, Université de Rouen, 94 pages

CRIDELICH C., 2011, Management du risque à l'hôpital, évaluation d'une nouvelle méthode d'analyse de risque appliquée à la prise en charge du patient par chimiothérapie, Thèse pour le Doctorat ParisTech, Ecole nationale Supérieure des Mines de Paris, 329 pages

GIRAUD-ROCHON F., 2010, L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ? L'incidence du nouveau programme de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital, Mémoire Directeur des Soins, EHESP, 40 pages

HUET F., 2009, Evaluation des pratiques professionnelles : d'une politique à une culture de la qualité, Mémoire Directeur des Soins, EHESP, 32 pages

SITES ET LETTRES D'INFORMATION WEB

HAS Certification & Actualités, lettre trimestrielle d'information sur la certification, destinée aux établissements de santé - Certification et Actualités n°10, juillet-septembre 2013. Rubrique Observatoire « Étude IPSOS sur la perception et les attentes des professionnels et des représentants des usagers vis-à-vis de la certification ». [visité le 25/07/2013], http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602340/fr/etude-ipsos

29^{ème} Colloque Jean-Yves RIVARD, « Une organisation apprenante et performante pour améliorer la qualité », l'expérience du Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs, Québec - Canada, Jean-Philippe LEGAULT, directeur général, 3 février

2102. [visité le 15/07/2013],

http://www.mdas.umontreal.ca/rayonnement/colloque_jean_yves_rivard/documents/Legault_J-P.pdf

DirectHopital.com, « Événements indésirables : le mode de signalement mal connu et l'intérêt mal perçu », 18/07/2013, [visité le 01/09/2013],

http://www.directhopital.com/Evenements-indesirables--le-mode-de-signalement-mal-connu-et-l-interet-mal-percu-NS_1213.html#ixzz2fRedpedF

IFSI CH Avranches – Grandville, « Projet pédagogique », septembre 2011, [visité le 15/07/2013], <http://www.ifsisudmanche.fr/Presentation%20ifsi/projet%20pedagogique%202012%202013.pdf>

Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 2001, « Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle », PERRENOUD P., Université de Genève, 20 p. [visité le 08.05.2013], disponible sur Internet : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html

IFSI CH Blois, « De la pratique d'actes de soins à la situation de soins simulée », [visité le 28/06/2013], <http://www.laerdal.com/fr/doc/2319/De-la-pratique-d-actes-de-soins-a-la-situation-de-soins-simulee-a-l-IFSI-de-Blois>

IFSI CH Lagny, « Projet pédagogique », [visité le 05/05/2013], http://www.ch-lagny77.fr/CH_LAGNY_INTERNET/CH_LAGNY_INTERNET/Ressources/file/Projet%20P%C3%A9dagogique%20IFSI.pdf

IFSI CHU Rennes, « Innovations pédagogiques », 2012, [visité le 08/07/2013], <http://www.ifchurennes.fr/ifsi/evenements.php>

SHAM, « Journée de sensibilisation sur les risques hospitaliers à l'attention des étudiants infirmiers de 3ème année de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Lozère ». [visité le 10/08/2013], <http://prevention.sham.fr/Prevention/Accueil/Risques-medicaux/Vu-dans-les-etablissements/Des-eleves-infirmiers-sensibilises-a-la-gestion-des-risques>

simUsanté®, <http://www.cpa-simusante.org/> et site de la région Picardie : <http://www.picardie.fr/Le-projet-SimuSante-labellise> [visité le 2/09/2013]

Webzine de la HAS, 13 juillet 2013, [visité le 20/08/2013], http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602289/fr/la-certification-v2014-cest-tous-les-jours-un-dispositif-simplifie-de-preparation

PRESSE

G. FAURE, 11 avril 2013, « Génération Y... Les empêcheurs de travailler en rond », *Le magazine du MONDE*.

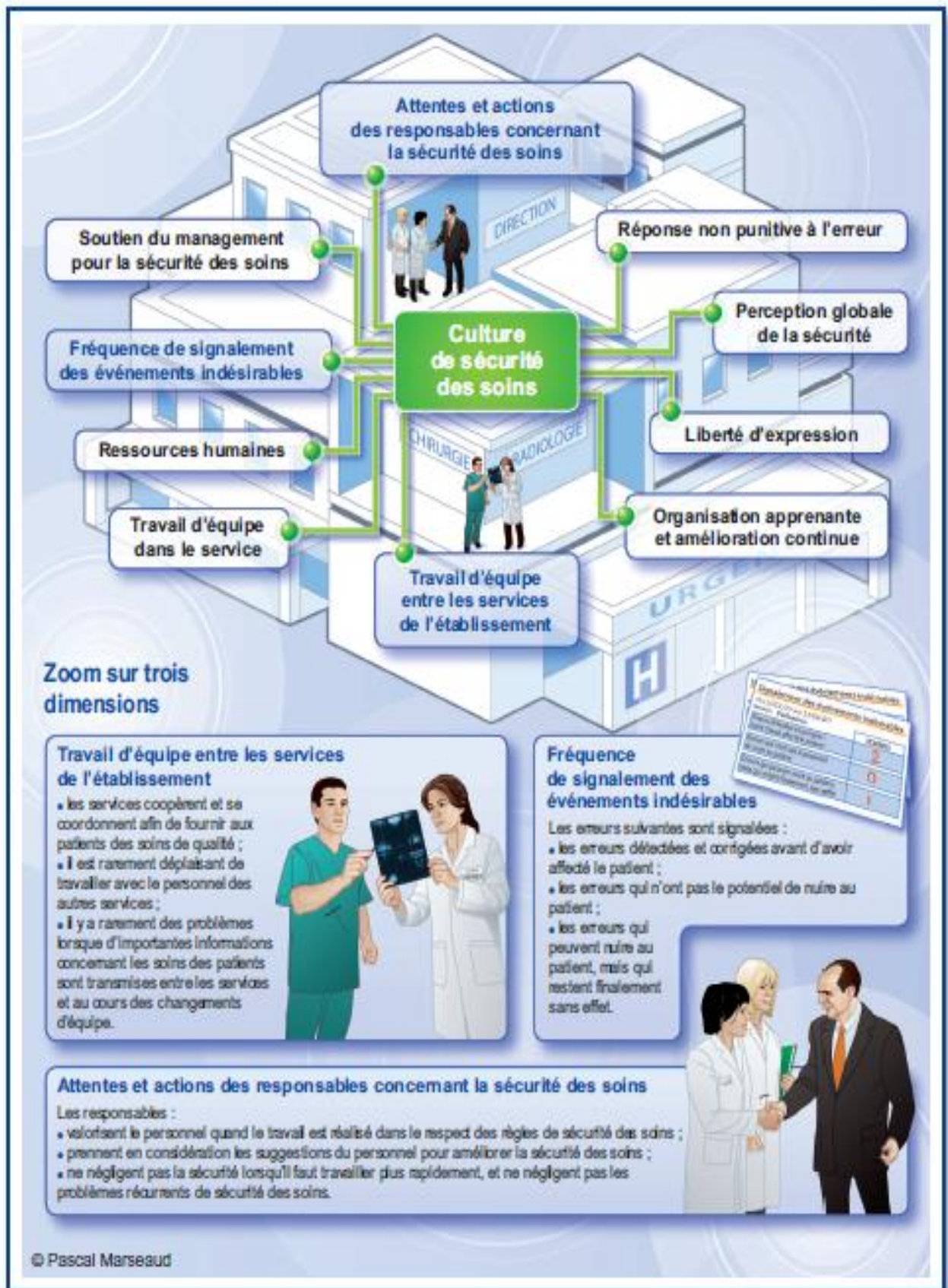
Liste des annexes

ANNEXE 1 : Culture de sécurité des soins et dimensions

ANNEXE 2 : Personnes enquêtées et documents analysés

ANNEXE 3 : Guides des entretiens

ANNEXE 1 : Culture de sécurité des soins et dimensions



Source : HAS, « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique », décembre 2010, p. 6.

		Modalité durée entretien	Lieu d'exercice	Expérience professionnelle	Particularités
1	Infirmier diplômé en juillet 2012	Face à face 45'	CH Oncologie	1 an	N'a jamais vécu la certification
2	Infirmière diplômée en juillet 2012	Téléphonique 30'	CH Pneumologie	1 an	N'a jamais vécu la certification
3	Infirmière diplômée avant juillet 2012	Face à face 35'	CH Chirurgie ORL	5 ans (+ 5 ans AS)	Occasionnellement tuteur mais n'a pas suivi la formation Dernière certification : 3 ans
4	Infirmière diplômée avant juillet 2012, tuteur	Face à face 40'	CH Néonatalogie	14 ans	12 ans en néonatalogie A suivi la formation « tuteur » Dernière certification, il y a 2 ans
5	Cadre de santé formateur	Face à face 50'	IFSI CH	8 ans Cadre de proximité 4 ans cadre formateur	Cadre de proximité a vécu 2 certifications, a participé à la certification ISO 9001 en hémodialyse
6	Cadre de santé formateur Réfèrent pédagogique en 3 ^{ème} année	Téléphonique 40'	IFSI CHU	6 ans cadre formateur	N'a pas vécu de certification en tant que cadre
7	Cadre de santé mission transversale qualité / pôle médecine-chirurgie pédiat.	Téléphonique 40'	CHU	16 ans Cadre de santé 3 ans mission transversale	Master qualité-gestion des risques
8	Cadre de santé	Face à face 40'	CH Orthopédie	4 ans Cadre de santé	Maître de stage, formé au tutorat, dernière certification : 2 ans
9	Gestionnaire des risques associés aux soins	Face à face 50'	CHU	10 ans Cadre de santé 5 ans CSS de pôle 2 ans Direction qualité	Puéricultrice, master qualité-gestion des risques
10	DSF	Face à face 40'	IFSI rattaché à un CH	4 ans DSF dont 1 an dans un IFSI rattaché à un CHU	Pas d'expérience en gestion
11	DSG	Face à face 30'	CHU	10 ans DSF depuis 2 ans en gestion	Missionné sur la recherche, à ce titre travaille en partenariat avec les IF rattachés au CHU
12	DSG	Face à face 30'	CHU	4 ans DSG	Pas d'expérience en formation Pas d'IFSI de rattachement

13	CSS à la direction des soins, mission : qualité-sécurité des soins	Face à face 30'	CHU	8 ans Cadre de proximité 5 ans CSS de pôle 3 ans CSS à la DS	IBODE, master qualité
14	FF CSS à la direction des soins, développement des compétences	Face à face 30'	CHU	8 ans Cadre de proximité 10 ans Cadre formateur depuis 1,5 an à la DS	Master en sciences de l'éducation
15	CSS adjoint au DSF et chargé de la coordination pédagogique	Téléphonique 30'	IFSI rattaché à un CH	10 ans Cadre de proximité 6 ans Cadre formateur 4 ans CSS	Master en ingénierie de formation

DOCUMENTS ANALYSES

Type de document	Caractéristiques	Formalisation du partenariat IFSI / CH
Projet pédagogique	66 étudiants/promotion Rattaché à un CH	Stage qualifiant : charte d'encadrement, livrets d'accueil, rédaction de situations prévalentes facilitant la transférabilité et l'intégration / Formateur référent de plusieurs lieux de stage APP réalisées sur le lieu de stage individuellement ou collectivement parfois à l'IFSI.
Projet pédagogique	60 étudiants/promotion Rattaché à un CH	Identification, avec les professionnels du terrain, des situations emblématiques constituant le socle de base des compétences professionnelles à acquérir : situations professionnalisantes . Construction de situations pédagogiques élaborées à partir de situations réelles pour un apprentissage progressif.
Projet de soins	CH	4 axes dont « qualité de la prise en charge » avec 11 thématiques dont : développement d'une culture commune, les étudiants sont cités dans l'axe « développement des compétences » , thématique « déclinaison des nouveaux programmes »
Projet de soins	CHU	4 thèmes dont « promouvoir la culture de l'évaluation des pratiques et des compétences » et « renforcer et partager la qualité, sécurité et continuité des soins ». 5 programmes dont « qualité de vie des malades et de leurs proches », « sécurité des pratiques et des actes paramédicaux » et « qualité des soins et de l'accompagnement des patients ». Les étudiants sont cités dans le thème « mettre à disposition et développer les savoirs et les compétences ».
Site internet IFSI Rubrique innovations pédagogiques	150 étudiants/promotion Rattaché à un CHU	Organisation d'un séminaire d'alternance intégrative : séances de simulation, séances d'analyse de la pratique professionnelle et d'études de cas rapportés du terrain en groupes. Co-animation tuteurs/formateurs des séances de pratiques réflexives par analyse de cas.
Lettre d'information web de la SHAM	45 étudiants/promotion Rattaché à un CH	Journée de sensibilisation sur les risques hospitaliers à l'attention des étudiants infirmiers de 3ème année

ANNEXE 3 : Guides entretiens

Elocution de présentation de la démarche :

Elève directeur des soins, j'ai souhaité vous interviewer dans le cadre de mon mémoire professionnel, vous avez accepté et je vous en remercie. Comme je vous l'ai indiqué lors de notre échange téléphonique, ce travail de recherche porte sur l'acculturation des paramédicaux à la qualité – gestion des risques et l'incidence que les nouveaux référentiels de formation peuvent avoir.

Il s'agit donc d'appréhender en quoi les interactions entre étudiants, formateurs et professionnels de terrain peuvent contribuer à renforcer l'acculturation à la qualité et gestion des risques.

Cet entretien anonymisé aura une durée approximative de 30-45 minutes et si vous en êtes d'accord sera enregistré.

Thème : Culture qualité - gestion des risques (GDR)

Objectifs : Identification des représentations (voire des valeurs) et des interactions relatives à la construction de la culture qualité des différents protagonistes, afin de mettre en évidence des points communs et/ou écarts entre les réponses des différentes parties prenantes.

- Pour vous, qu'est-ce que : La culture qualité / la culture gestion des risques (GDR) ? *(si besoin reformulation et commencer par qu'est-ce que la démarche qualité / la gestion des risques et concrètement en quoi cela consiste ?)*
- Puis pouvez-vous me dire :
 - Concrètement en quoi cela consiste ?
 - Comment cela se construit ?
 - Où ?
 - Quand cela se construit-il ?
 - Qui contribue à cette construction ?
 - Avec qui cela se construit ?

Thème : Liens IFSI / terrains de stage

Objectifs de l'entretien avec les DS : identification du niveau de formalisation du partenariat entre instituts de formation et terrains de stage et du management mis en œuvre par les DSG et DSF pour permettre à l'organisation d'être apprenante. Mise en évidence de la présence ou non de stratégies communes.

DS formation et gestion

- Quelle est votre mission en terme d'acculturation à la qualité / GDR ?
Comment la remplissez-vous, quelle(s) stratégie(s) managériale(s) mettez-vous en œuvre ?

Éléments éventuels de relance :

- *Le DSG a-t-il un rôle à jouer, lequel et comment ? le DSF a-t-il un rôle à jouer, lequel et comment ?*
- *La formation (théorique et clinique => voir ce qui émerge) participe-t-elle à la construction chez les étudiants de la culture qualité / GDR? comment ? Si oui, qu'est ce qui y-contribue ? si non, pourquoi ? Quels sont les acteurs qui participent à cette construction et comment ?*
- *Au cours de la formation, à quels moments cette culture peut-elle se construire ? et comment cela peut-il se construire ?*
- *Existe-t-il dans les nouveaux référentiels de formation des paramédicaux des éléments (théoriques et cliniques) qui peuvent contribuer à la construction de la culture qualité / GDR ?*
- *Selon vous, qu'est-ce qui permet à l'organisation d'être apprenante en terme d'acculturation à la qualité / GDR ?*

Éléments éventuels de relance :

- *Y participez-vous ? Si oui comment ? si non, pourquoi et selon vous qui y participe ?*
- *Avez-vous identifié des ressources, des leviers ? lesquels ? les exploitez-vous ? si oui comment, si non pourquoi ? avez-vous formalisé le partenariat entre IFSI et établissement de santé ?*
- *Avez-vous identifié des freins ? lesquels ? selon vous, existe-t-il des leviers pour les lever ?*

Objectifs de l'entretien avec les infirmiers diplômés avant ou après juillet 2012 :

identification de l'impact du référentiel de formation sur la construction de l'acculturation à la qualité, mise en évidence des points communs et/ou écarts entre les réponses des différentes parties prenantes.

- *Selon vous, au cours de votre formation (clinique et théorique => voir ce qui émerge), avez-vous été formé (ou sensibilisé) à la culture qualité / GDR ? si oui, par quels moyens ? (formalisation du partenariat terrain/IFSI ?) où ? si non, qu'est-ce qui aurait pu vous permettre de l'être ?*
- *Selon vous, depuis le début de votre exercice professionnel, êtes-vous formé (sensibilisé) à la culture qualité / GDR ? si oui, qu'est-ce qui vous permet de l'être ? si non, qu'est-ce qui pourrait vous permettre de l'être ?*
- *Estimez-vous avoir une culture qualité-GDR ? (démarche qualité)*
- *Qu'est-ce qui au cours de votre formation y a contribué ou aurait pu y contribuer ?*
- *Qu'est-ce qui vous permet de le dire ? indicateurs ?*

Objectifs de l'entretien avec les infirmiers tuteurs, cadres de santé, cadres supérieurs de santé et aux cadres formateurs : identification de la prise de conscience ou non de la contribution et des liens entre analyse de la pratique professionnelle, co-construction des CM, TD, UI avec les formateurs et acculturation réciproque à la qualité – GDR. Mise en évidence des points communs et/ou écarts entre les réponses des différentes parties prenantes (selon la fonction exercée: IFSI ou terrain, la clinique et la théorie sont-elles associées ou dissociées en terme de qualité-GDR.

Infirmiers tuteurs, cadres de santé et cadres supérieurs de santé :

- Selon vous, qu'est-ce qui permet de transmettre aux étudiants en soins infirmiers la culture (relance : démarche) qualité / GDR ?
- Participez-vous à la formation des étudiants à la démarche qualité / GDR ? si oui comment et où ? si non, pourquoi ? si vous co-construisez des enseignements avec les formateurs, quel(s) intérêt(s) y voyez-vous, pour qui ? Qui est à l'origine de ce partenariat ?
- Selon vous les étudiants infirmiers sont-ils formés (relance : distinction formation clinique et théorie) à la démarche qualité / GDR au cours de leur formation ? si oui, savez-vous comment ? et comment en avez-vous eu connaissance ?

Eléments de relance :

- *Selon vous, les analyses de pratiques contribuent-elles à la formation des étudiants à la démarche qualité / GDR ? pourquoi ? comment pratiquez-vous ? avec qui ? Qui a fait ce choix ?*
- Selon vous, les étudiants infirmiers formés depuis 2009 sont-ils plus sensibilisés à la culture qualité – GDR ? qu'est-ce qui vous permet de le dire ? Selon vous qu'est ce qui contribue à sensibiliser les nouveaux diplômés à la qualité / GDR ?
- Les formateurs sont-ils associés à la démarche qualité-GDR de votre établissement ?
- Quand un partenariat est initié (ou existe) par qui l'est-il ?

Cadres de santé formateurs :

- Selon vous, qu'est-ce qui permet de transmettre aux étudiants en soins infirmiers la culture (relance : démarche) qualité / GDR ? comment ? par qui ? quand ? où ?
- Les étudiants infirmiers sont-ils formés (relance : distinction formation clinique et théorie) à la démarche qualité / GDR au cours de leur formation (clinique et théorique) ? si oui, comment ?

Eléments de relance :

- *Selon vous, les analyses de pratiques contribuent-elles à la formation des étudiants à la démarche qualité / GDR ? pourquoi ? comment pratiquez-vous ? avec qui ? qui a fait ce choix ?*

- Qu'apporte le référentiel de formation 2009 dans le domaine de la qualité / GDR ?
Eléments de relance :
 - Selon vous, les étudiants infirmiers formés depuis 2009 sont-ils plus sensibilisés à la culture qualité – GDR ? qu'est-ce qui vous permet de le dire ?
- Selon vous, qu'est ce qui contribue à sensibiliser les nouveaux diplômés à la qualité / GDR ?
- Co-construisez-vous les enseignements relatifs à la qualité – GDR avec les professionnels de terrain ? si oui, lesquels et comment ? si non, pourquoi ? Quel(s) intérêt(s) y voyez-vous, pour qui ? Qui est à l'origine de ce partenariat ?
- Participez-vous au sein du CH de rattachement de l'IFSI à des actions concernant la démarche qualité / GDR ? en quoi cela consiste-t-il ? Quel(s) intérêt(s) y voyez-vous, pour qui ?
- Quand un partenariat est initié (ou existe) par qui l'est-il ?

Objectifs de l'entretien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés

aux soins : identifier la stratégie du CGDR en terme d'acculturation à la qualité-GDR et sa collaboration avec le DSG et le DSF, mise en évidence des points communs et/ou écarts entre les réponses des différentes parties prenantes.

L'acculturation à la qualité-GDR est un axe prioritaire :

- Quelle(s) stratégie(s) mettez-vous en place ?
- Quels sont vos collaborateurs pour y parvenir ?
- Qu'est ce qui peut contribuer à cette mise en place chez les paramédicaux ? chez les infirmiers nouvellement diplômés ?

TEDESCO

Catherine

Décembre 2013

Directeur des soins

Promotion 2013

L'acculturation à la qualité-sécurité des soins : L'impact du partenariat entre directeurs des soins institut de formation et établissement de santé.

Résumé :

Ces dernières années, la démarche qualité s'est progressivement mise en place. Au sein de l'organisation apprenante que constituent les établissements de santé et les instituts de formation, il s'agit de permettre aux différents protagonistes d'être en interactions afin qu'ils s'acculturent à la qualité – sécurité des soins.

L'opportunité de l'approche réflexive des nouveaux référentiels de formation, les initiatives actuellement menées, l'enquête de terrain auprès de professionnels de terrain et de formation, ont mis en évidence qu'il existait un partenariat à co-construire.

En lien avec la direction qualité et la CME, l'élaboration par le directeur des soins gestion et le directeur des soins formation d'une stratégie commune favorise l'appropriation, l'adhésion des professionnels et futurs professionnels à la valeur sécurité des soins. Ainsi, pluridisciplinarité et co-apprentissage permettent aux acteurs d'être réflexifs quant à leurs pratiques et contribuent à l'acculturation à la qualité - sécurité des soins.

Mots clés :

Acculturation à la qualité – sécurité des soins, partenariat institut(s) de formation – établissement de santé, stratégie du directeur des soins, approche réflexive, organisation apprenante, nouveaux référentiels de formation des paramédicaux.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.