

all teach,
all learn*

* inspired by IHI

15

LA SÉCURITÉ DES AGENTS DE SANTÉ

L'implication du personnel et des médecins en MR-MRS lors de la première vague COVID-19
par l'ADMR et l'AFRAMECO

Page 2

Travailler à la sécurité des agents de santé

Page 4

Mise en place d'une formation aux procédures de prévention et de contrôle des infections dans le
cadre du déploiement d'un plan d'urgence hospitalier pandémie SARS COVID-19

Page 8

Est-ce possible chez vous ?

Page 10

Veille documentaire

Page 12



Le Magazine de la PAQS est une publication de la PAQS ASBL
Clos Chapelle-aux-Champs, 30
bte 1.30.30
1200 Bruxelles

Editeur responsable
Denis Herbaux

Conception et réalisation
Audrey Mattelet

Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à ce numéro :

Danielle Declercq, Dominique Dubois, Denis Herbaux, Isabelle Liebens, Mathieu Louiset, Dr Jean-François Moreau, Christine Permanne, Gonçalo Saraiva Martins, Quentin Schoonvaere, Laurence Thomaes, Ana van Innis

Nous remercions l'IHI de nous permettre l'utilisation de leur mantra sur notre couverture.

Impression
Media Process
Chaussée de Louvain, 775
1140 Bruxelles

Les articles publiés n'engagent la responsabilité que de leurs auteurs.

Toute reproduction, même partielle, des articles de la publication du Magazine de la PAQS doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la PAQS ASBL.



Avec le soutien de



L'IMPLICATION DU PERSONNEL ET DES MÉDECINS EN MR-MRS LORS DE LA PREMIÈRE VAGUE COVID-19 PAR L'ADMR ET L'AFRAMECO

Association des Directeurs de Maison de Repos (ADMR)

Dès l'annonce de la fermeture des maisons de repos et de soins (MRS) le 13 mars, nous avons vu les réactions du personnel prendre différentes formes. Personne n'était préparé à ce genre de crise sanitaire.

Deux situations : des collaborateurs qui se sont mis en retrait par peur et anxiété, et d'autres qui sont montés au front avec la peur au ventre face à cet ennemi invisible et tant redouté.

Toutes les équipes, tant soignantes que d'hôtellerie, ont dû **s'adapter rapidement** à de nouvelles façons de travailler pour éviter la contagion, et notamment en n'oubliant pas de porter les équipements de protection qui ne facilitent pas le travail.

La période COVID a été une période où la solidarité entre chacun était très forte. Les équipes se sont soudées autour d'un seul et même objectif qui était la protection de nos aînés en évitant la contagion. Cette **solidarité** a consolidé les liens professionnels.

Les directions n'ont pas eu de difficultés à mettre en place les consignes qui arrivaient

chaque jour, se sentant soutenues par les collaborateurs. Le personnel a mis un point d'honneur à préserver les **contacts avec les familles**, via les canaux virtuels, et dès le mois de mai, via les visites cadrées.

Certaines habitudes ont changé pour faire place à d'autres qui devront être pérennisées.

Dans certaines MRS touchées par la COVID, les équipes ont dû affronter de nombreux décès de personnes âgées, en remplaçant les proches qui ne pouvaient être présents.

À la fin de la crise, le ressenti évident des équipes est l'abandon de nos personnes âgées : l'absence de médecin traitant, le refus d'hospitalisation, le manque de matériel et le manque de concertation.

Rédigé par :
Dominique Dubois, Vice-présidente - ADMR
Christine Permanne, Présidente - ADMR

Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en MRS (AFRAMECO)

L'état fédéral a décidé il y a près de vingt ans qu'il serait utile d'avoir un médecin généraliste conseiller et coordinateur (MCC) exclusivement en maison de repos et de soins, les maisons de repos (MR) sans agrément de lits MRS n'en ont donc pas.

Dans les missions (liées aux soins) du MCC : *le médecin coordinateur et conseiller assume les tâches suivantes : organiser la concertation pluridisciplinaire, mettre en place des politiques concernant les soins, coordonner l'activité médicale en cas de risque pour la santé des résidents*

et du personnel... Le médecin généraliste (MG) traitant a, quant à lui, dans ses responsabilités : interroger et examiner le résident et compléter le dossier médical, la fiche de liaison reprenant les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation, les diagnostics, le plan de soins, incluant les médicaments prescrits, les soins requis, les éventuelles mesures de contention ou d'isolement, l'évolution clinique, les souhaits exprimés en matière de soins futurs, assurer la continuité des soins...

La liberté de choix du résident quant à son soignant est garantie et les MCC n'ont pas pour vocation d'être le médecin traitant des résidents. Mais vu l'urgence et la nécessité apparue dans le cadre de la crise sanitaire, l'Ordre des Médecins a accepté une suspension de cette liberté de choix.

En effet, dès le début de la pandémie, les portes des institutions pour personnes âgées se sont fermées, y compris pour les médecins traitants. Seuls les appels urgents requis par le personnel infirmier ont subsisté. Les médecins généralistes étaient enjointés à travailler par téléphone. Certains ont refusé de se déplacer en institution pour personnes âgées.

Dans le même temps, l'AViQ a demandé aux MR et MRS de créer une **cellule de crise**. Dans les MRS, le MCC était d'office présent. Pour les MR, il a fallu trouver des **médecins généralistes volontaires** mais sans formation préalable. Dans certaines de ces structures, des MCC se sont portés volontaires.

La problématique médicale dans le secteur de l'hébergement des aînés a été fortement dépendante de l'absence de moyens de protection individuelle, de tests PCR, de connaissances médicales sur les symptômes-complications-traitements face à un nouvel ennemi invisible, de traitements dont l'oxygène ou encore de médicaments à visée

palliative. De plus, les recommandations extrêmement changeantes et la

nécessité de consulter quotidiennement plusieurs sources d'informations différentes étaient une source de lourdeur administrative importante. L'AFRAMECO, consciente de ces difficultés, a proposé avec la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (SBGG) et le Collège de Médecine générale un algorithme décisionnel début avril, et un vadémécum de prise en charge *COVID-19* le 22 avril. De plus, certains MCC, à risque par l'âge et leurs comorbidités n'ont pas pu assurer leurs missions vis-à-vis des institutions avec lesquelles ils ont un contrat d'entreprise.

Dans de nombreux cercles de médecins généralistes, la conscience d'un déficit de prise en charge médicale des résidents des MR-MRS a fait naître des **initiatives d'équipes médicales (voire gériatriques) mobiles équipées en EPI**, ainsi que des listes de MG disponibles pour venir en renfort aux MCC pour réaliser des tours de salles dans les gros clusters et pour réaliser la campagne de tests PCR fin avril.

Les leçons tirées de cette première vague sont les suivantes : nécessité d'avoir un MCC dans toutes les institutions résidentielles, de créer une cellule MCC au sein de chaque cercle de médecins généralistes, de disposer d'une réserve de médecins généralistes volontaires pour intervenir dans les MR-MRS à la demande des MCC ou des cellules de crise, de mettre en place un lien dynamique avec les services des urgences des hôpitaux, et d'identifier un médecin gériatre de référence par hôpital.

Merci au personnel soignant des institutions résidentielles qui a assumé et fait de son mieux avec les moyens disponibles !



Rédigé par :
Dr Jean-François Moreau, Président - AFRAMECO

TRAVAILLER À LA SÉCURITÉ DES AGENTS DE SANTÉ

Le 17 septembre 2020 s'est tenue la deuxième Journée mondiale de la sécurité des patients. Lancé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2019, cet évènement se veut être l'occasion de (re)sensibiliser les professionnels de la santé, le monde politique et l'ensemble de la population à cette problématique dont l'impact, majeur tant d'un point de vue économique que de santé, est largement sous-estimé, voire ignoré. Cette année, l'OMS a choisi d'axer la journée sur la sécurité des travailleurs du secteur de la santé, et l'impact de cet enjeu sur la sécurité des patients.

Il est largement documenté qu'un environnement de travail sûr, sain et bienveillant est propice à délivrer des soins plus sûrs aux patients. Le choix de cette thématique est évidemment lié à la pandémie qui a touché la très grande majorité des pays et face à laquelle le personnel de soins s'est retrouvé très exposé et parfois fort démuné. La PAQS a préparé diverses actions à l'occasion de cette journée. Mais ce n'est évidemment pas une nouveauté pour nous. Depuis notre création, **de multiples ressources** (check-lists, guides, articles, etc.) traitant de ce problème ont été mises à disposition. **Plusieurs de nos activités** abordent, ou ont abordé, directement, ou indirectement, ce thème. Quelques exemples sont brièvement présentés dans cet article.



Stratégie Régionale pour l'Amélioration de la Sécurité des Patients

La Stratégie Régionale pour l'Amélioration de la Sécurité des Patients – le Livre Mauve de la PAQS – a été développée **à partir du terrain, pour le terrain**. Si la sécurité des professionnels de la santé ne fait pas l'objet d'un chapitre spécifique, elle se retrouve en filigrane de l'ensemble du document. Soit directement, comme par exemple dans le cadre de **l'environnement bienveillant et juste permettant le développement d'une culture sécurité forte**, ou indirectement, via la **formation** et les **compétences indispensables** aux professionnels ou encore les **normes** qui doivent émaner du terrain pour répondre à ses réalités.

Plus d'information sur :
www.paqs.be/Ressources/Livre-Mauve



SCORE

En 2020 et 2021, la PAQS collabore avec l'UCLouvain pour l'utilisation du questionnaire SCORE créé et promu par Safe and Reliable Care et Alan Franckel, mieux connu chez nous pour les tours de sécurité. SCORE aborde cinq domaines : Sécurité, Communication, Risques opérationnels, Résilience et Engagement du personnel. Il s'agit d'un des questionnaires les plus fiables pour mesurer la **qualité de l'environnement d'apprentissage**, le **leadership local**, le **climat en lien avec l'épuisement professionnel**, le **risque de burn out**, le **travail en équipe**, la **balance vie privée et professionnelle** ainsi que la **sécurité des soins**. Ce dernier point concerne tant la sécurité des patients que celle des professionnels. SCORE est le point de départ pour mettre en place un cadre pour des soins sécuritaires, fiables et effectifs.



Auto-évaluation de la culture sécurité

Une culture de la sécurité est la base des initiatives d'amélioration en matière de sécurité et au-delà. La PAQS, dans le cadre de la campagne **I lead for SAFETY** initiée par l'American College of Healthcare Executives (ACHE), a traduit et mis à disposition des institutions de soins le questionnaire d'auto-évaluation de la culture organisationnelle autour de la culture sécurité. C'est l'outil de départ idéal pour mettre en place le guide *Promouvoir une culture de la sécurité : un modèle pour réussir*. L'évaluation permet aux leaders d'appliquer de bonnes pratiques afin de créer une culture de la sécurité durable dans leur institution de soins. Savoir d'où l'on part pour fixer l'objectif et ainsi atteindre une culture sécurité forte visant l'atteinte de **zéro dommage** pour les patients, leurs familles et le personnel de soins !

Plus d'information sur :
www.paqs.be/ilead



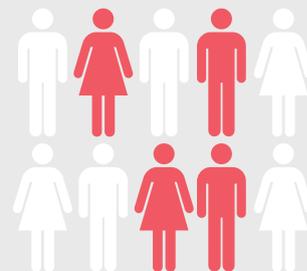
Réunion virtuelle pour le secteur des aînés : Soutien psychologique au personnel

Depuis le mois de juin, la PAQS organise des réunions de soutien virtuelles avec les acteurs du secteur des aînés pour leur prêter main forte en cette période de crise. La réunion du 5 août avait pour thématique le soutien psychologique en temps de crise. Des **recommandations et outils** pour soutenir les professionnels et les résidents ont été présentés. Une question s'est alors posée : *Qu'est-ce qui est important pour vous ?* La PAQS développe cette réflexion à travers la campagne *What Matters To You*. En pratique, ce mouvement a pour objectif d'encourager des conversations entre l'équipe soignante, les familles et les résidents pour cerner différents points de vue qui permettent de considérer tous les acteurs du terrain et développer un environnement de soin qui leur ressemble.

Voir ou revoir la réunion sur :
youtu.be/0o5laiVyfA0

RETOUR PARTIEL DE L'ENQUÊTE SUR LES COMPÉTENCES EN QUALITÉ ET SÉCURITÉ SOLLICITÉES DURANT LA PANDÉMIE

Durant l'épidémie du Coronavirus, la sécurité des professionnels de santé s'est trouvée plus que jamais au centre des préoccupations des organisations de soins. La PAQS a sollicité les experts en amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients afin d'évaluer la sollicitation de leurs compétences pour réaliser les tâches indispensables à une gestion optimale d'une situation de crise. L'enquête reposait sur une stratégie optimale détaillée dans la littérature et divisée en cinq domaines d'action. Parmi ceux-ci, on retrouve le Renforcement du Système avec la **tâche spécifique de la promotion du bien-être et de la sécurité du personnel qui a été travaillée par 41% des experts en Qualité et Sécurité**. Ce chiffre montre une certaine importance accordée à la sécurité des agents de santé en temps de crise d'autant plus que cette thématique a pu être travaillée par d'autres professionnels qui n'étaient pas directement visés par l'enquête.



BETROKKENHEID VAN HET PERSONEEL EN DE ARTSEN IN WOONZORGCENTRA TIJDENS DE EERSTE GOLF VAN COVID-19, VOLGENS ADMR EN AFRAMECO

Dominique Dubois en Christine Permanne, respectievelijk vicevoorzitter en voorzitter van de Franstalige Vereniging van Directeurs van Woonzorgcentra (ADMR), bespreken hier hoe het personeel zich volledig heeft ingezet voor de strijd tegen COVID-19. Zo moesten de teams en de directies zich razendsnel aanpassen aan een nieuwe manier van werken en was er sprake van een enorme solidariteit tussen de zorgprofessionals.

Dr. Jean-François Moreau, Voorzitter van de Franstalige Vereniging van Coördinerende Artsen en Adviseurs in Woonzorgcentra (AFRAMECO), beschrijft de betrokkenheid van de artsen in woonzorgcentra tijdens de COVID-19-crisis. Neem bijvoorbeeld de initiatieven om mobiele medische teams uit te rusten met PBM's om de gebrekkige medische verzorging voor bewoners van woonzorgcentra het hoofd te bieden. Om de zorgprofessionals hierbij te helpen, lanceerden de AFRAMECO, de BVGG en het College voor huisartsgeneeskunde in april een algoritmische besluitvorming en een handboek voor de behandeling van COVID-19.

Tot slot beschrijven de drie auteurs de lessen die we uit de eerste golf van COVID-19 kunnen trekken.

VEILIGHEID VAN GEZONDHEIDSWERKERS

De door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) in 2019 gelanceerde Internationale Patiëntveiligheidsdagen (17 september) zijn de perfecte gelegenheid om zorgprofessionals, politici en de bevolking als geheel (opnieuw) te sensibiliseren voor deze problematiek, waarvan de impact voor economie en gezondheid nog erg onderschat - en zelfs genegeerd - wordt. Dit jaar lag de focus op de veiligheid van gezondheidsmedewerkers en de gevolgen daarvan voor de patiëntveiligheid. Hoewel dit thema eigenlijk niet nieuw is voor het PAQS, heeft het platform voor deze dag toch een groot aantal acties gelanceerd. Veel van onze activiteiten behandelen het thema al, of hebben het in het verleden behandeld (direct of indirect). Ook zijn er al hulpmiddelen ter beschikking gesteld, zoals bijvoorbeeld het SCORE-programma, een zelfevaluatie van de veiligheidscultuur (ACHE) en een virtuele bijeenkomst voor de ouderensector. Uit een enquête over de vaardigheden die tijdens de pandemie op prijs werden gesteld, bleek dat het *bevorderen van welzijn en veiligheid onder het personeel* een punt is waaraan door 41% van de experts in kwaliteit en veiligheid wordt gewerkt. De veiligheid van zorgprofessionals is trouwens impliciet ook een thema van de Regionale Strategie voor de Verbetering van Patiëntveiligheid - Paarsboek.

LANCERING VAN EEN TRAINING IN PROCEDURES VOOR DE PREVENTIE EN BEHEERSING VAN INFECTIES, IN HET KADER VAN EEN NOODPLAN VOOR ZIEKENHUIZEN IN REACTIE OP DE COVID-19-PANDEMIE

Het UMC Sint-Pieter is een van twee gespecialiseerde ziekenhuizen in België voor nieuwe en zwaar besmettelijke ziekten. Tijdens de pandemie werd hier een trainings- en ondersteuningscel voor COVID opgezet. Die cel, bestaande uit een coördinator en acht verpleegkundigen, had ten doel alle medewerkers van COVID-afdelingen op te leiden/om te scholen. Later werd deze opleiding ook uitgebreid naar alle afdelingsmedewerkers, alle woonzorgcentra en alle huisartsen in het Brussels Gewest. Tijdens de opleiding kwamen meerdere aspecten van het gebruik van PBM's aan de orde, zoals aan- en uitkleden, het beheer van afval en wasgoed, het vervoer van patiënten en het afnemen van tests. De opleidingen werden ook aangepast aan de situatie op het terrein (bv. het gebruik van stoffen schorten/doktersjassen). Volgens het UMC toont dit experiment aan hoe belangrijk het is om medewerkers goed op te leiden en de procedures na te leven.

WANNEER DE PATIËNT NIET HET ENIGE SLACHTOFFER IS

Na een medische fout die tot de dood van een patiënt leidde, besluit de familie een klacht in te dienen tegen het ziekenhuis en de arts-assistent. Deze is totaal ondersteboven van wat er gebeurd is en hij begint zelfs te twijfelen aan zijn eigen medische vaardigheden. Daarom vraagt hij een verlofperiode aan. Dit verschijnsel staat bekend als het "tweedeschlacht-offer-fenomeen". Geschat wordt dat iedereen die betrokken is bij de behandeling en verzorging van patiënten er vroeg of laat wel eens mee te maken krijgt. Naast de psychologische impact op de betrokken zorgprofessionals heeft het tweedeslacht-offer-fenomeen ook gevolgen voor de patiëntveiligheid. Het is dus wel duidelijk dat zorginstellingen de ondersteuning van zorgprofessionals na een ongewenste gebeurtenis een centrale plaats moeten geven in hun personeelsbeheer en dat die ondersteuning ook moet worden geïntegreerd in het klinisch beheer van het risico. In de literatuur zijn al verschillende strategieën beschreven om dat verschijnsel het hoofd te bieden: een positieve foutcultuur, ondersteunende structuren, personeelstraining en openbaarmaking.

FACTOREN DIE DE PSYCHOLOGISCHE VEILIGHEID BINNEN EEN BEHANDELTEAM BEVORDEREN

Psychologische veiligheid vormt de basis van een goed geolied team. Als teamleden zich veilig voelen, zijn ze meer geneigd om zich uit te spreken, vragen te stellen en ideeën uit te wisselen. Psychologische veiligheid wordt geassocieerd met een beter leerproces binnen het team, meer creativiteit op het werk en betere teamprestaties. Aan de hand van een literatuurbespreking hebben de auteurs van dit onderzoek 13 factoren geïdentificeerd die de psychologische veiligheid in de context van de gezondheidszorg bevorderen: vier van die factoren spelen op het niveau van de organisatie, zeven op het niveau van het team en twee op het niveau van de individu: veiligheidscultuur (organisatie), cultuur van levenslang leren (organisatie), organisatorische ondersteuning (organisatie), vertrouwdeheid tussen teams (organisatie), integriteit van leadership (team), status, hiërarchie en inclusiviteit (team), veranderingsgericht leadership (team), steun van leaders (team), steun van peers (team), vertrouwdeheid met leader (team), vertrouwdeheid tussen teamleden (team), professionele verantwoordelijkheid (individu), individuele verschillen (individu).

DEDICATION OF STAFF AND DOCTORS IN LONG-TERM CARE FACILITIES DURING THE FIRST WAVE OF COVID-19, AS SEEN BY **ADMR** AND **AFRAMECO**

In this article, Dominique Dubois and Christine Permanne, Vice-President and President of the Association of Rest Home Managers in French-speaking Belgium (ADMR), discuss the dedication shown by staff during the COVID-19 pandemic. Among other things, they highlight how quickly staff and management teams had to adapt to a new way of working and the level of solidarity between healthcare professionals.

Dr. Jean-François Moreau, President of the French-speaking Association of Coordinating Doctors and Advisers in Rest and Care Homes (AFRAMECO), describes the commitment of doctors in long-term care facilities during the COVID-19 crisis. In particular, he highlights the formation of mobile medical teams equipped with PPE to address the lack of medical care for residents of long-term care facilities. In April, AFRAMECO, the Belgian Society for Gerontology and Geriatrics (BSGG) and the Collège de Médecine générale (College of General Practitioners) issued a decision-making algorithm and a handbook on COVID-19 care, in a bid to support healthcare professionals.

The three authors also share the lessons learned from the first wave of COVID-19.

THE SAFETY OF HEALTH WORKERS

Launched by the World Health Organization in 2019, World Patient Safety Day (September 17) is an opportunity to raise (or renew) awareness among health professionals, politicians, and the public about the issue of patient safety, whose major impact – in both economic and health terms – is substantially underestimated, or even ignored. This year, the focus was on the safety of health workers and its impact on patient safety. PAQS undertook a series of initiatives to mark this day, although patient safety is not a new issue for the platform. A number of activities address, or have addressed, this topic, either directly or indirectly, and we have made various resources available. These include the SCORE program, the ACHE Culture of Safety Organizational Self-Assessment, and a virtual meeting for the long-term sector. A survey of skills in demand during the pandemic found that the *promotion of staff well-being and safety* was worked on by 41% of quality and safety experts. It should also be noted that the safety of healthcare professionals is an implicit theme of the Regional Strategy for Patient Safety Improvement, set out in the Purple Book.

LAUNCH OF TRAINING IN INFECTION PREVENTION AND CONTROL PROCEDURES AS PART OF THE ROLLOUT OF A HOSPITAL EMERGENCY PLAN IN RESPONSE TO THE **COVID-19** PANDEMIC

CHU Saint-Pierre is one of two specialist hospitals in Belgium for treating highly contagious and emerging diseases. A COVID-19 training and support unit was set up at the hospital during the pandemic. Consisting of a coordinator and eight nurses, its objective was to train/re-train all staff working in COVID-19 units. This training was subsequently extended to all unit staff, long-term care facilities, and general practitioners in the Brussels Region. It covered various aspects of PPE use including dressing and undressing, waste and linen management, patient transport, and taking samples. The training has evolved to reflect the changing situation on the ground (as regards the use of fabric coats/tunics, for example). The hospital says that the experience has highlighted the importance of staff training and of adhering to procedures.

WHEN THE PATIENT IS **NOT THE ONLY VICTIM**

Following a medical error that caused the death of a patient, the victim's family decided to lodge a complaint against the hospital and the junior doctor involved. The doctor, completely devastated by the incident and questioning his own medical ability, requested a period of leave. This is known as the 'second victim phenomenon', and everyone involved in the treatment and care of patients is likely to experience it at some time or other. Aside from the psychological impact on healthcare professionals, the second victim phenomenon has implications for patient safety. Clearly, therefore, healthcare institutions must ensure that supporting professionals following an adverse event becomes a core part of staff management and that such support is integrated into clinical risk management. Several strategies for dealing with this phenomenon have been described in the literature, including a positive error culture, support structures, staff training, and disclosure.

FACTORS THAT ENABLE **PSYCHOLOGICAL SAFETY** IN HEALTHCARE TEAMS

Psychological safety is crucial to a successful team. When team members feel safe, they are more likely to speak up, ask questions, and share ideas. Psychological safety is associated with improved team learning, workplace creativity, and team performance. Based on a literature review, the authors of this study have identified 13 factors that enable psychological safety in healthcare settings: four at organizational level, seven at team level, and two at individual level. They are: safety culture, continuous improvement culture, organizational support, and familiarity across teams (organizational); leader behavioral integrity, status, hierarchy, and inclusiveness, change-oriented leadership, leader support, peer support, familiarity with leader, and familiarity between team members (team); and professional responsibility and individual differences (individual).

MISE EN PLACE D'UNE FORMATION AUX PROCÉDURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS DANS LE CADRE DU DÉPLOIEMENT D'UN PLAN D'URGENCE HOSPITALIER PANDÉMIE SARS COVID-19

Le CHU Saint-Pierre est l'un des deux hôpitaux de référence en Belgique pour les maladies hautement contagieuses et émergentes. En plus des trois unités de maladies infectieuses, au pic de la pandémie, deux unités de soins intensifs (30 lits) et quatre unités d'hospitalisation (120 lits) ont été transformées en unités COVID.

L'apprentissage des procédures de prévention de la transmission des infections des maladies hautement contagieuses et émergentes fait partie intégrante de la formation continue des équipes pluridisciplinaires de terrain. Il s'agit d'une exigence de l'accréditation dans laquelle le CHU Saint-Pierre est engagé depuis sa première visite en mars 2019.

Tenant compte du plan d'urgence hospitalier (PUH) et de l'évolution rapide des admissions, il s'est avéré nécessaire de former un public très large, notamment tous les professionnels susceptibles d'être réaffectés dans les unités dédiées à la prise en charge des patients COVID. Dès le début de la crise, les équipes ont exprimé une demande de formation sur l'usage des équipements de protection individuelle (EPI) et sur les spécificités de la prise en charge de ces patients. La connaissance des procédures d'utilisation des EPI était la condition pour pouvoir intégrer une équipe COVID.

Expérience de mise en place d'une cellule de formation et d'accompagnement COVID

Avec pour objectif de former/reformer, dans un délai le plus court possible, tous les collaborateurs

impliqués dans les unités COVID, nous avons mis sur pied, dès le déclenchement du PUH, une cellule composée d'un coordinateur et de huit infirmiers expérimentés. Cette cellule fonctionnait sept jours sur sept de 7 à 21 heures. Son activité s'est déployée entre la formation qui a été réalisée sous forme d'**ateliers pratiques** dans notre training lab et l'**accompagnement des équipes sur le terrain** pour s'assurer de la bonne application des procédures.

Si la formation a été donnée prioritairement à tous les collaborateurs du CHU Saint-Pierre

affectés dans les unités COVID, elle a ensuite été proposée aux collaborateurs des unités classiques et étendue aux collaborateurs des maisons de repos et aux médecins généralistes de la Région bruxelloise.

La formation couvrait différents aspects de l'usage des EPI dont l'habillage et le déshabillage, la gestion des déchets et du linge, le transport du patient et des prélèvements.

Au total, entre mars et mai 2020, 1.403 membres du personnel ont été formés, dont 46% étaient des infirmiers, 22% des médecins, 10% des sages-





femmes, 4% des kinésithérapeutes, 4% des étudiants en médecine et 14% d'autres métiers (aide logistique, aide-soignante, assistante sociale, psychologues, etc.).

Compte tenu des stocks de matériel sous tension (masques et surblouses à usage unique), des **adaptations de procédures** ont été nécessaires. Nous avons mis en place l'utilisation des blouses en tissu et la stérilisation des masques FFP2. Ces changements ont nécessité de nouvelles formations et un suivi étroit sur le terrain pour accompagner les équipes dans ces adaptations de procédures génératrices d'insécurité. L'équipe d'hygiène hospitalière a travaillé sans relâche à revoir et à adapter les procédures, tout en s'impliquant dans l'organisation et la gestion de l'ensemble du processus de prise en charge du patient COVID au sein de l'hôpital.

Pendant la crise, d'autres formations ont été organisées selon les besoins des services. Le fonctionnement des nouveaux respirateurs aux soins intensifs pour le personnel infirmier et pour le corps médical en est un bon exemple. Certaines formations

disponibles sous forme d'e-learning ont permis le respect des règles de distanciation physique.

En analysant les premiers résultats d'une étude réalisée au CHU Saint-Pierre concernant la positivité et la séroprévalence du SARS-CoV-2 RT-PCR des membres du personnel à haut risque (travaillant dans des unités COVID), publié dans le Journal of Hospital Infection, « le taux d'infection des membres du personnel en contact direct avec des patients infectés n'était pas plus élevé que les autres membres du personnel »¹. Ce constat suggère une conformité au respect des procédures d'utilisation des équipements de protection individuelle.

Dans ces conditions exceptionnelles de crise sanitaire, notre **flexibilité** et notre **rapidité** à répondre aux contraintes ont été mises à l'épreuve. D'ailleurs, dans toutes les étapes de la formation, nous avons réussi à garder toujours en ligne de mire nos valeurs et les objectifs de notre plan qualité : être un hôpital tourné vers l'apprentissage qui veille à la sécurité de ses patients et de son personnel.

Cette expérience a été l'occasion de mettre à l'épreuve notre plan d'urgence hospitalier et de lui apporter les améliorations nécessaires. Elle a permis de démontrer l'importance de la formation des collaborateurs et du respect des procédures. Les nombreux échanges de pratiques lors des formations ont contribué à une meilleure communication entre les services et les différents métiers, favorisant ainsi la culture de sécurité au sein de l'institution.

La qualité et la sécurité sont l'affaire de tous !

¹ Martin C, Montesinos I, Dauby N, et al. Dynamics of SARS-CoV-2 RT-PCR positivity and seroprevalence among high-risk healthcare workers and hospital staff. J Hosp Infect. 2020;106(1):102-106. doi:10.1016/j.jhin.2020.06.028.



LE CHU SAINT-PIERRE

Le CHU Saint-Pierre est un hôpital public bruxellois de proximité de 582 lits agréés. Il regroupe deux sites : César de Paepe et Porte de Hal. Il fait partie du Centre Hospitalier Universitaire de Bruxelles (CHUB).

Rédigé par :
Gonçalo Saraiva Martins, Gestionnaire qualité - CHU Saint-Pierre
Danielle Declercq, Infirmière Chef de Service, responsable de la formation du département infirmier - CHU Saint-Pierre
Isabelle Liebens, Adjointe à la direction médicale - CHU Saint-Pierre

Photos :
CHU Saint-Pierre

QUAND LE PATIENT N'EST PAS LA SEULE VICTIME

L'HISTOIRE

Le 23 février, Antoine, un homme âgé de 79 ans, atteint d'une bronchopneumopathie chronique obstructive et d'une insuffisance cardiaque terminale, s'est présenté au service des urgences en raison d'une aggravation soudaine de son essoufflement et de la production de ses glaires. Une radiographie thoracique révèle un épanchement pleural droit modéré. Un traitement diurétique et bronchodilatateur a été prescrit. Cependant, deux jours plus tard et suite à une diurèse de plus de 2,5L, le patient continue à se plaindre de dyspnée. L'équipe en charge décide de réaliser une ponction pleurale. Le médecin

assistant de l'équipe est désigné pour cette procédure. Après avoir obtenu le consentement du patient et de sa femme, le médecin assistant effectue la ponction. La procédure a dû être interrompue car le médecin assistant n'a aspiré que de l'air et du sang. C'est à ce moment que le médecin assistant réalise qu'il a pratiqué la ponction du côté gauche au lieu du côté droit. Une heure après la procédure, le patient développe une hémoptysie. Une radiographie réalisée au niveau du thorax révèle un pneumothorax du côté gauche et un épanchement pleural persistant du côté droit.

Malheureusement, l'état de santé du patient a continué à se détériorer et approximativement quatre heures après l'intervention celui-ci fini par décéder. Suite à ces événements, la famille du patient a décidé de déposer une plainte contre l'hôpital et contre le médecin assistant. Celui-ci, se sentant complètement dévasté par l'évènement et remettant en question sa propre aptitude pour soigner, a demandé de s'absenter pour quelques temps.

L'ANALYSE

Quand une erreur se produit, celle-ci peut affecter non seulement le patient et ses proches mais également les soignants impliqués. Un professionnel impliqué dans un évènement indésirable grave peut ressentir une véritable souffrance, ayant des répercussions dans ses pratiques professionnelles et sa vie personnelle. Ce phénomène a été décrit en 2000 par Wu, en introduisant la notion de *seconde victime*¹ : *Une seconde victime peut être définie comme un soignant impliqué et traumatisé par un évènement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales.* De nombreux auteurs estiment que, selon toute probabilité, tout individu se consacrant au traitement et à la prise en charge de patients y sera un jour ou l'autre confronté. Par ailleurs, toutes les catégories professionnelles sont touchées, notamment les médecins, les infirmiers, le personnel d'assistance, les pharmaciens, les techniciens, les thérapeutes, etc.

Pour les médecins assistants ou résidents (*residents* en anglais), plusieurs études de la littérature anglo-saxonne ont abordé ce sujet. Dans un premier rapport, Mizrahi² a constaté que 47% des médecins assistants en médecine interne ont déclaré avoir commis des erreurs graves au cours de leur formation. Par la suite, Wu et ses collègues³ ont trouvé une proportion similaire (45%). Une autre étude⁴, réalisée parmi les médecins assistants, a révélé que 34% d'entre eux ont commis au moins une erreur médicale majeure au cours de leur formation.

Comme mentionné, les conséquences d'une erreur peuvent être graves, allant de la déstabilisation passagère aux troubles psychiques et somatiques à long terme. Dans une étude menée auprès de résidents en médecine interne, commettre une erreur augmenterait de trois fois le risque de dépression, d'épuisement professionnel et une diminution globale de leur qualité de vie⁴. Waterman et ses collègues⁵ ont également montré que, les médecins ayant commis une erreur présentaient une anxiété accrue par rapport à d'éventuelles futures erreurs ; une perte de confiance en soi ; des problèmes de sommeil ; une diminution de la satisfaction au travail et une crainte des répercussions au niveau de leur réputation. Ces conséquences peuvent persister durant une période de quelques jours, quelques années ou être même permanentes. Outre les répercussions psychologiques pour les professionnels, le phénomène de seconde victime a également un impact sur la sécurité des patients. Si les répercussions d'une implication dans un évènement indésirable ne sont pas traitées de manière systématique et constructive, un cercle vicieux peut s'installer (erreur > dégradation de la performance > augmentation du risque d'erreur).

Il est difficile de prévoir l'impact d'une erreur chez un professionnel, cependant, deux facteurs liés à l'erreur en elle-même ont été identifiés pour prévoir cet impact : les conséquences pour le patient et le degré de responsabilité ressenti par le professionnel. Plus l'évènement induit par l'erreur est grave pour le patient et plus la responsabilité perçue par le soignant est grande, plus grand sera le traumatisme pour le soignant.⁶

Compte tenu de l'impact important que les erreurs peuvent avoir sur les professionnels de soins, une question importante se pose : comment celles-ci peuvent-elles être traitées pour minimiser les dommages qu'elles provoquent ? Bien évidemment, la prévention est le premier mot-clé : une erreur qui est évitée n'exige pas la mise en place de tout un processus de rétablissement pour le patient et le professionnel. Cependant, une fois que l'erreur s'est produite, la littérature suggère plusieurs stratégies importantes.^{7, 8, 9, 10, 11}

Culture positive envers les erreurs

Il est important de créer un climat positif face à l'erreur. Dans ce type d'environnement, les incidents peuvent être verbalisés et discutés de manière positive et les conséquences pour les personnes impliquées sont traitées ouvertement. Toute humiliation, accusation ou sanction est exclue. Il s'agit avant tout de sensibiliser les professionnels et de leur rappeler que l'erreur fait partie intégrante de la pratique et qu'elle n'est pas, le plus souvent, la traduction d'une incompétence du professionnel. Ce changement de culture vise à réduire le sentiment de culpabilité des personnes impliquées, sans pour autant négliger la responsabilité individuelle. L'objectif est de créer une culture d'apprentissage ouverte, dans laquelle la gestion des erreurs est intégrée dans la culture de l'organisation, mais où on attend des professionnels qu'ils aient le sens des responsabilités.

Les supérieurs hiérarchiques ainsi que la direction médicale et infirmière ont le devoir de créer les conditions et le climat culturel propice à une gestion constructive des erreurs. Ceux-ci doivent communiquer et garantir une culture sûre et juste ainsi qu'affirmer explicitement que les comportements d'humiliation et de sanction ne sont pas tolérés au sein de l'institution. Ils peuvent également donner l'exemple en exposant leurs propres erreurs, ainsi que les répercussions psychosociales qui en résultent. Ceci pourrait également donner confiance aux professionnels pour qu'ils s'adressent à eux s'ils devaient être eux-mêmes impliqués dans une erreur.

Structures de soutien et formation des professionnels

Outre la culture de sécurité et le climat d'acceptation envers les erreurs, les organisations doivent mettre en place des structures de soutien et de formation des professionnels. Dans une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes, la majorité ont exprimé le besoin de soutien après la plus grave erreur qu'ils aient commise.¹² Parmi les besoins ressentis, celui de *parler de l'incident avec quelqu'un* (63%), la *confirmation de la compétence professionnelle* (59%), et la *confirmation de la justesse du processus de décision* (48%) ont été les plus cités. Par ailleurs, Waterman, dans son étude, a constaté que les médecins n'ayant bénéficié d'aucun soutien après la survenue d'une erreur ont présenté plus de symptômes de stress.⁵

Les offres de soutien peuvent être informelles ou formelles et doivent reposer sur une approche à différents niveaux (soutien par les pairs, soutien psychologique spécialisé, etc). L'objectif d'un tel soutien doit être de prévenir les répercussions négatives pour les professionnels ainsi que d'assurer la qualité des soins et la sécurité du patient. Cette approche permet également de vérifier, en collaboration avec le professionnel concerné, s'il existe des besoins de formation ou de perfectionnement. Idéalement, l'équipe de soutien doit être disponible 24h/24h 7j/7j et la mise en place d'une aide psychologique est particulièrement importante. À l'international, plusieurs programmes de soutien aux secondes victimes ont été développés (forYOU, YOU Matter, RISE, MITTS, etc.). Dans le cadre de ces programmes, des équipes multidisciplinaires offrent un soutien psychologique à tout professionnel qui en fait la demande, ainsi que des séances de groupe pour des situations impliquant des événements majeurs.

Les autres formes d'interventions susceptibles d'apporter une aide aux secondes victimes sont les structures consacrées à l'analyse des erreurs, notamment les revues de morbidité-mortalité et les débriefings. Ces deux outils, souvent appréciés par les médecins assistants, permettent de communiquer ouvertement sur les incidents et les erreurs mais également d'ouvrir les portes à des discussions informelles et plus approfondies.

De plus, la sensibilisation et la formation des professionnels à l'égard des erreurs et du phénomène de seconde victime s'avèrent tout aussi importantes et favorisent le changement culturel. Ces formations devraient aider les professionnels à comprendre que les erreurs font partie de l'être humain, à favoriser une discussion ouverte sur les erreurs, à comprendre les stratégies à adopter face à une erreur, ainsi qu'à les mettre en garde face aux stratégies inadaptées.

Divuligation

La divulgation est un processus formel qui implique une discussion ouverte entre les professionnels de soins et un patient/sa famille à propos d'un incident lié à la sécurité. Plusieurs auteurs soulignent que le fait de révéler l'erreur au patient peut avoir un effet favorable sur le professionnel impliqué dans l'incident et que l'instauration d'une politique de la divulgation, associée à des mesures appropriées, constitue fondamentalement un facteur de soutien pour les professionnels.

¹ Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320:726-727

² Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity, and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med*. 1984;19:135-146

³ Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*. 1991;265:2089-2094

⁴ West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296:1071-1078

⁵ Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. 2007;33:467-476

⁶ Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med*. 2006;81:86-93.

⁷ West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ* 2007;7:29.

⁸ Stone M. Second victim support programs for healthcare organizations. *Nurs Manage*. 2020;51(6):38-45

⁹ Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:593-603.

¹⁰ Seys D, Wu AW, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013;36(2):135-162

¹¹ Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The Second Victim: a Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;213:11-16

¹² Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med*. 1996;5(2):71-5

LES FACTEURS QUI FAVORISENT LA SÉCURITÉ PSYCHOLOGIQUE AU SEIN D'UNE ÉQUIPE DE SOINS

La sécurité psychologique est la base d'une équipe performante. Quand les membres d'une équipe se sentent en sécurité, ils sont plus enclins à s'exprimer, à poser des questions et à partager leurs idées. La sécurité psychologique est associée à une amélioration de l'apprentissage de l'équipe, de la créativité en milieu de travail et de la performance de l'équipe. Étant donné que les professionnels de soins doivent travailler de façon interdépendante, dans des environnements de travail très complexes et dynamiques, la sécurité psychologique est particulièrement vitale dans les milieux des soins de santé.

Malgré l'importance de la sécurité psychologique dans les milieux de soins de santé, celle-ci fait souvent défaut. Une grande majorité des professionnels de soins ont peur d'exprimer leur préoccupations (représailles, sanctions), de prendre la parole ou tout simplement de poser des questions. Plusieurs recherches antérieures ont permis de montrer l'impact positif d'améliorer

la sécurité psychologique au niveau de la performance des équipes de soins. Cependant et, jusqu'à présent, aucune intervention d'amélioration ou de mesure objective permettant de déterminer le niveau de sécurité au sein d'une équipe a été développée. Identifier les facteurs qui prônent la sécurité psychologique au sein des équipes de soins est une première étape importante dans le développement d'interventions visant à améliorer et à maintenir cette sécurité.

À travers une revue de la littérature, les auteurs de cette étude ont identifié 13 facteurs favorisant la sécurité psychologique dans les contextes de soins de santé. Quatre sont au niveau organisationnel, sept au niveau de l'équipe et deux au niveau individuel :

- Culture sécurité (organisationnel)
- Culture de l'apprentissage continu (organisationnel)
- Soutien organisationnel (organisationnel)
- Familiarité entre les équipes (organisationnel)

- Intégrité du leadership (équipe)
- Statut, hiérarchie et le caractère inclusif (équipe)
- Leadership orienté vers le changement (équipe)
- Soutien des leaders (équipe)
- Soutien par les pairs (équipe)
- Familiarité avec le leader (équipe)
- Familiarité entre les membres de l'équipe (équipe)
- Responsabilité professionnelle (individuel)
- Différences individuelles (individuel)

Ces facteurs ont été regroupés en cinq grandes catégories : la priorité pour la sécurité des patients ; l'orientation vers l'amélioration et l'apprentissage ; le soutien et la familiarité avec les collègues ; le statut, la hiérarchie et le caractère inclusif ; les différences individuelles.

Rédigé par :
Ana van Innis, Quality & Safety Officer - PAQS

Pour en savoir plus : O'donovan R, Eilish Mcauliffe E. A Systematic Review of Factors That Enable Psychological Safety in Healthcare Teams. International Journal for Quality in Health Care. 2020.

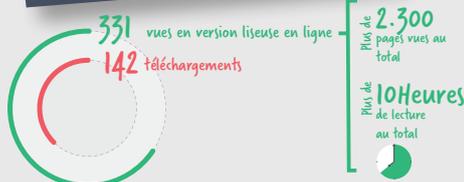
Pour plus d'articles, rendez-vous sur paqs.be/Ressources/Revue-de-la-litterature

IMPACT



all teach,
all learn

Magazine #13 de la PAQS
Mars 2020



Vous avez une bonne pratique que vous souhaitez partager avec vos pairs dans un prochain numéro du magazine ?

Contactez Audrey Mattelet !
audrey.mattelet@paqs.be

Quelle est la prochaine thématique que vous souhaitez voir dans le magazine ?

Dites-le-nous !



#allteachalllearn