

Faculté de santé publique

Evaluation des pratiques organisationnelles assurant la qualité et la sécurité des soins aux patients chez les nouveaux infirmiers des Cliniques universitaires Saint-Luc :

Comparaison entre les nouveaux engagés et les intérimaires

Mémoire réalisé par
Sophie Werquin

Promoteur
Joëlle Durbecq

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Evaluation des pratiques organisationnelles assurant la qualité et la sécurité des soins aux patients chez les nouveaux infirmiers des Cliniques universitaires Saint-Luc :

Comparaison entre les nouveaux engagés et les intérimaires

Mémoire réalisé par
Sophie Werquin

Promoteur
Joëlle Durbecq

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

C'est avec une profonde reconnaissance, que je remercie Madame Joëlle Durbecq, promotrice de ce mémoire. Tout au long de l'année, elle s'est montrée disponible par ses relectures attentives et m'a fait bénéficier avec bienveillance de ses précieux conseils et corrections.

Je remercie particulièrement ma mère pour ses encouragements, son espérance et soutien moral au quotidien.

Merci à tous les « nouveaux » infirmiers, les infirmières en chef et les consultantes chez Express Medical, qui m'ont accordé leur temps pour contribuer activement à ma recherche.

Enfin, merci à mes amis, mes proches et connaissances dont le nom n'est pas inscrit ici mais qui ont participé par leur présence et exemple, leurs conseils, leur amitié à faire que l'aboutissement de ce mémoire fut possible et mené à son terme.

Dans ce mémoire afin d'alléger le texte, le terme « infirmier », peu importe s'il est écrit au masculin ou au féminin, est utilisé selon la phrase ou le contexte. Il désigne autant les infirmiers que les infirmières.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
CADRE THÉORIQUE	3
1. L'accréditation des institutions hospitalières.....	3
1.1. Définition	4
1.2. Histoire de l'accréditation.....	4
1.3. Situation de la Belgique	5
1.3.1. Accréditation des institutions hospitalières	5
1.3.2. Dotation du personnel infirmier.....	6
1.4. Situation des Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL)	8
2. La qualité et la sécurité des soins	9
2.1. Définitions.....	9
2.2. Les Pratiques Organisationnelles Requises (POR)	10
1) Identito-vigilance	11
2) Prévention et contrôle des infections	11
3) Protection des patients fragiles	13
4) Administration des médicaments	15
5) Déclaration des événements indésirables.....	15
2.3. Pratiques additionnelles	16
1) La communication	16
2) Le besoin de sécurité du soignant	16
3) Le feedback.....	17
3. La question de recherche	18
MÉTHODOLOGIE	19
1. Le choix de la méthode	19
2. L'échantillon	20
2.1. Le milieu	20
2.2. Le public cible.....	21
1) Les nouvelles infirmières engagées – internes.....	21
2) Les nouvelles infirmières intérimaires – externes.....	22
3) Les infirmières en chef.....	22
3. Collecte des données	23
3.1. Construction des questionnaires.....	23
3.2. Construction du guide d'entretien.....	24
3.3. Autorisations pour les enquêtes	25
3.4. Collecte des données auprès des professionnels de la santé	26
3.5. Analyse des données	27

RÉSULTATS	28
1. Cadre et généralités	28
1.1. Description échantillon effectif infirmières	28
1.2. Description infirmières en chef et l'encadrement	30
2. Résultats quantitatifs et qualitatifs des pratiques.....	31
2.1. Identito-vigilance	31
2.2. Prévention et contrôle des infections	33
2.3. Protection des patients fragiles	35
2.4. Administration des médicaments	37
2.5. Déclaration des évènements indésirables.....	39
2.6. La communication	40
2.7. Le besoin de sécurité.....	42
2.8. Le feedback.....	43
DISCUSSION	45
1. Interprétation des résultats.....	45
2. Forces de l'étude	50
3. Limites de l'étude.....	50
4. Perspectives	51
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES.....	60
Annexe 1 : Taux moyens intérimaires/infirmiers salariés aux CUSL	60
Annexe 2 : Questionnaire pour les externes.....	61
Annexe 3 : Questionnaire pour les internes	67
Annexe 4 : Résultats quantitatifs (en %).....	72
Annexe 5 : Guide d'entretien pour les infirmières en chef	79

Abréviations

ACI : Accreditation Canada International

ASBL : Association Sans But Lucratif

CUSL : Cliniques universitaires Saint-Luc

EI : Événement indésirable

ETP : Equivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Infirmière en chef

IOM : Institute of Medicine

IPEH : Infirmier partenaire école hôpital

ISBARR : Identity, situation, background, assessment, recommandation, reformulation

JCAH : Joint Commission on Accreditation of Hospital

JCI : Joint Commission International

MHR : Médicament à haut risque

NIAZ : Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P4P : Pay for Performance

PAQS : Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

POR : Pratiques Organisationnelles Requises

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SIDIIEF : Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone

SPF SP : Service Public Fédéral Santé Publique

US : Unité de soins

VVC : Voie veineuse centrale

Introduction

En Belgique, les institutions de soins entrent depuis quelques années dans une démarche d'amélioration continue par le phénomène d'accréditation, mouvement qui nous vient d'Amérique et qui s'étend en Europe. (1)

Pay for performance (P4P) est un programme qui a été introduit dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux et dont l'accréditation est un thème permettant d'obtenir des points menant ensuite à un financement. L'accréditation des hôpitaux est un outil visant à soutenir et à améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients. (2,3) Il s'agit de deux concepts complémentaires qui sont des préoccupations des hôpitaux et des professionnels de la santé.

Certains hôpitaux belges ont déjà obtenu une accréditation, dont les Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL), en région de Bruxelles-Capitale, en février 2019. (4)

Pour assurer des soins de qualité et sûres, la présence d'un personnel soignant compétent est indispensable. De nombreuses études démontrent qu'il existe un lien entre le nombre d'infirmières par patient et l'influence sur la qualité des soins. L'attractivité et la rétention du personnel infirmier sont des défis pour les institutions de soins. Dans l'attente de pallier l'importante charge de travail qu'ont les infirmières fixes des unités de soins, les hôpitaux font appel aux soignants des agences d'intérim.

Dans un tel contexte, les procédures évaluées qui doivent être respectées pour assurer la qualité et la sécurité des soins dans le but d'obtenir une accréditation, sont-elles cependant connues et appliquées par les intérimaires ? Nous proposons de répondre à cette question en comparant la prise en charge des patients par les nouveaux engagés et les nouveaux intérimaires aux CUSL. « Nouveaux » car lorsqu'un travailleur commence dans une institution, il doit apprendre et se familiariser avec les procédures ainsi qu'avec l'organisation du travail.

Cette situation de recherche a interpellé l'auteur de ce mémoire. En effet, ayant commencé à travailler en tant qu'infirmière intérimaire peu de temps après avoir été diplômée (en juillet 2017), les responsabilités de la prise en charge infirmière « lui sont tombées dessus ». Elle a également vécu le passage de l'accréditation Canada aux CUSL.

Cette étude présente plusieurs objectifs. Premièrement, il s'agira d'établir un état des lieux sur le respect des pratiques organisationnelles assurant la qualité et la sécurité des soins aux patients auprès des nouvelles engagées et des nouvelles intérimaires.

Le deuxième objectif tentera de connaître les raisons d'une méconnaissance des pratiques organisationnelles requises. Le troisième objectif envisagera des pistes d'amélioration.

Afin de parvenir à ces objectifs, nous avons structuré notre travail comme suit :

- Le cadre théorique aborde le concept d'accréditation des institutions hospitalières et des notions de qualité et sécurité des soins. Afin de cibler les thèmes d'analyse, les Pratiques Organisationnelles Requises ont été développées. Ce qui nous mène à notre question de recherche ;
- La méthodologie du travail a été développée en plusieurs points. Dans un premier temps, la recherche se faisait uniquement par la méthode quantitative au moyen de questionnaires destinés aux nouveaux engagés et nouveaux intérimaires. Dans un second temps, cette recherche a dû être complétée par une analyse qualitative. Un faible taux de réponse du côté des intérimaires s'est produit en 1^{re} phase, des entretiens auprès d'infirmières en chef sont venus compléter les données obtenues ;
- Les résultats présentent les thèmes abordés en rassemblant les données quantitatives et qualitatives afin d'obtenir une vue complète pour chaque pratique ;
- La discussion est la partie critique de la recherche, tant au niveau des résultats qu'au niveau des forces, limites et perspectives de l'étude ;
- La conclusion fait le bilan de cette recherche en répondant à la question de recherche principale.

Cadre théorique

Pour soutenir et améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux, l'accréditation des institutions hospitalières, phénomène provenant outre-Atlantique, est adoptée par de plus en plus de pays. Cette démarche d'amélioration continue évalue de nombreux critères répondant à des exigences minimales prédéfinies, appelées normes. (1)

C'est ce contexte d'accréditation que nous aborderons dans cette première partie théorique. Ensuite, les concepts de qualité et de sécurité des soins aux patients, ainsi que les pratiques exigées pour assurer ce niveau, seront détaillées.

C'est à l'aide des bases de données tels que : Pubmed, Cairn, ScienceDirect, Sciensano, Google Scholar, de sites internet officiels et de notes de cours dispensés à la faculté de santé publique, que ce cadre théorique a été construit.

1. L'accréditation des institutions hospitalières

En Belgique, depuis une dizaine d'années les soins de santé sont sous la loupe de nos différents ministres de la santé. (1,2)

Si notre pays a un système de santé couvrant presque l'ensemble de la population, celui-ci a un prix. Un prix qui ne sera pas possible de maintenir sans une réforme importante afin d'adapter notre système de santé aux nouveaux défis comme l'évolution de la société (vieillesse démographique, augmentation des maladies chroniques, découvertes médicales).

Tous ces domaines doivent démontrer un système efficient, c'est à dire un système qualitatif avec des ressources adéquates. L'accréditation des institutions hospitalières est un outil d'évaluation externe reconnu, qui permet de participer à la sécurité des patients et la qualité des soins dans une démarche d'amélioration continue. (1,5)

Plusieurs organismes existent et sont reconnus pour accréditer les hôpitaux. Ce mouvement nous vient d'Amérique et petit à petit s'étend en Europe, principalement du nord. La Belgique impulse cette approche depuis environ 3-4 ans. Les Cliniques universitaires Saint-Luc ont obtenu l'accréditation Canada en février 2019. Ces différents points sont détaillés dans la partie qui suit.

1.1. Définition

« L'accréditation des établissements de santé est une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire. Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soins apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées et présentées sous forme de manuel, le référentiel, préconisé par un organisme d'accréditation ». (1)

Par cette définition, cette démarche d'accréditation explique le lien entre un référentiel contenant des normes et l'application de ces règles, et est évaluée par un organisme. L'institution hospitalière devant démontrer ses performances, l'accréditation est construite afin d'améliorer les pratiques organisationnelles. (6) L'objectif du système d'accréditation a pour conséquence de garantir un niveau de qualité et de sécurité des soins aux patients et du personnel. De nombreux critères sont en lien avec le soutien du personnel et sa considération.

La procédure d'accréditation prend en compte : l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de l'établissement, l'ensemble de ses facteurs d'activités (autant cliniques que logistiques ou administratifs) et évidemment tous les membres du personnel. (7)

1.2. Histoire de l'accréditation

Les premières réflexions apparaissent dans les années 1912 aux Etats-Unis. L'*American College of Surgeons* est une association de chirurgiens qui rédige un document comportant « la norme minimale pour les hôpitaux » afin d'assurer une qualité de service et de sécurité. (1,8)

En 1951, plusieurs groupements professionnels dans le secteur médical s'associent pour former une commission mixte sur l'accréditation des hôpitaux. La *Joint Commission on Accreditation of Hospital* (JCAH), structure indépendante et privée, crée le premier programme formel. A l'aide d'équipes d'experts dans différents domaines des soins de santé, la JCAH organise des contrôles (non obligatoires) des hôpitaux. L'accréditation reconnaît de façon publique qu'un hôpital répond aux normes de qualité nationale. (1,8,9)

Depuis, plusieurs organisations indépendantes sont apparues, telles : la *Joint Commission International* (JCI), l'*Accreditation Canada International* (ACI), le *Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg* (NIAZ) ou encore la Haute Autorité de Santé (HAS). Le mouvement d'accréditation des hôpitaux a donc bien évolué. A l'origine, c'est un concept venant du continent Américain. Par après, celui-ci s'est étendu dans le monde entier. (1,8,9)

1.3. Situation de la Belgique

La Belgique installe, encourage et finance la qualité des soins. Mais elle est confrontée, au même moment, à une pénurie de soignantes qualifiées.

1.3.1. *Accréditation des institutions hospitalières*

Les compétences des soins de santé sont partagées entre les différents niveaux de pouvoir. En effet, en Belgique il y a à la fois l'état fédéral et les entités fédérées (communautés et régions) qui sont compétentes pour les soins de santé. La répartition des tâches est donc complexe. La qualité des soins est une préoccupation des pouvoirs publics. (1,7) Ci-dessous, une remise en contexte de la Belgique institutionnelle en termes de recherche de la qualité à l'hôpital est développée.

Au niveau fédéral, le SPF SP (Service Public Fédéral Santé Publique) finance le fonctionnement de l'hôpital via le budget des moyens financiers. Il mène des initiatives pour l'amélioration de la qualité et la sécurité dans les soins hospitaliers : il encourage via un financement l'accréditation sans la rendre obligatoire. Un premier programme pluriannuel (2007-2012) soutenait les hôpitaux dans ce sens. Dans cette lignée, un deuxième plan pluriannuel (2013-2017) encourageait les institutions de soins à mettre en place des pistes d'amélioration pour des thèmes génériques tels que : le système de gestion de la sécurité, le *leadership*, la communication et l'*empowerment* du patient et de sa famille, ainsi que des thèmes spécifiques, tels que les médicaments à haut risque, le *safe surgery*, l'identité-vigilance et les soins transmuraux. (1,7,9)

Ce sont des thématiques essentielles que les systèmes d'accréditation évaluent.

En 2018, le programme *Pay for Performance* (P4P) a été introduit dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Il s'agit d'une rémunération des soins en fonction de leur qualité dans le but d'améliorer la qualité des soins. L'évaluation se fait au moyen d'indicateurs de structure, de processus et/ou de résultat. (2,3,9)

En Flandre, la qualité des soins dans les hôpitaux généraux est prévue par le décret du 17 octobre 2003 : « Décret relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale ». Les hôpitaux choisissent s'ils souhaitent être accrédités ou non, presque $\frac{3}{4}$ le sont. Les 2 organismes accréditeurs principaux sont : la *Joint Commission International* et le *Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg*, en collaboration avec l'*Accreditation Canada International*. (1,9,10)

Enfin, en 2013, le Gouvernement wallon a adopté un « plan pour la qualité des soins hospitaliers » comprenant 6 axes :

« Axe 1 : Réfléchir sur l'évolution des normes et préparer la mise en œuvre de nouvelles normes ;
Axe 2 : Produire des indicateurs ;
Axe 3 : Préparer et accompagner le déploiement du processus d'accréditation ;
Axe 4 : Mettre en cohérence organisation de l'inspection, normes et indicateurs et accréditation ;
Axe 5 : Initier un *benchmarking*¹ entre établissements de soins ;
Axe 6 : Mener une réflexion sur la diffusion publique de données relatives à l'inspection, la performance et les résultats. »

Par l'approche de ces différents points, le plan vise l'amélioration de la qualité des soins centrés sur le patient. (1,7,9,11)

Dans le plan Marshall 2022, le Gouvernement wallon et la Fédération Wallonie-Bruxelles souhaitent stimuler l'innovation et optimiser la gestion des soins de santé, décrite en mesure 14 : « Afin de soutenir l'innovation et la qualité dans les hôpitaux, acteurs de premier plan et importants pourvoyeurs d'emplois, notamment au travers d'une démarche d'accréditation, le Gouvernement a récemment adopté le plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers qui vise l'amélioration de la qualité des soins par une approche multifacette ». (9,12)

A côté de cela, à Bruxelles et en Wallonie, la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS ASBL) promeut, soutien et organise le développement et la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue dans les institutions de soins. (9,13)

Nombreux sont les plans, décrets et organismes qui encouragent l'amélioration de la qualité dans les institutions hospitalières.

1.3.2. Dotation du personnel infirmier

Pour assurer la qualité des soins, il faut bien entendu du personnel infirmier de qualité. Depuis de nombreuses années, les hôpitaux mettent en place diverses mesures pour attirer et fidéliser le personnel infirmier.

Aujourd'hui, certains hôpitaux manquent de personnel infirmier. Et pourtant, la Belgique est un des pays où le nombre d'infirmières par nombre d'habitant est relativement élevé : 11 par 1000 habitants (5^{ème} place en Europe). Le ratio moyen patients/infirmier est de 9,4 (9,5 dans les hôpitaux non universitaires ; 7,8 dans les hôpitaux universitaires). Ce ratio se situe au-dessus de la norme générale et internationale pour une pratique sûre. Dans les pays où les ratios sûrs sont appliqués,

¹ *Benchmarking*, nom anglais : analyse, étude comparative © Dictionnaire Linguae, 2020

celui-ci varie entre 4 et 5 patients par infirmier en journée et est de maximum 8 patients par infirmier pendant la nuit. Il existe un consensus international selon lequel un ratio de plus de 8 patients par infirmier pendant la journée représente une situation dangereuse. (14)

Le dernier rapport PlanCad du SPF SP (2016) nous donne des résultats sur le nombre de professionnels en droit de prêter, les professionnels actifs sur le marché du travail belge ainsi que sur les professionnels actifs dans le secteur des soins de santé belge. Retenons quelques chiffres : en 2016, le nombre de professionnels en droit d'exercer la profession d'infirmier était de 202.402 et le nombre d'infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé belge était de 124.196, soit 61% du premier groupe. Dans ce travail, nous nous intéressons plus spécifiquement au personnel infirmier actif à l'hôpital. Il était de 74.619 sur 202.402 ayant le droit d'exercer la profession de l'art infirmier, ce qui revient à environ 37% d'infirmiers pratiquant à l'hôpital. (15)

Un second rapport de l'année 2018 du SPF SP concerne des données relatives au nombre de professionnels agréés, c'est-à-dire de professionnels ayant un visa et étant autorisé à exercer leur profession. Au 31 décembre 2018, le nombre d'infirmiers en droit d'exercer était de 210.507. Par rapport à 2016, il y a donc une augmentation d'infirmiers agréés. (16)

Nous pouvons interpréter par ces chiffres, qu'un grand nombre d'individus a le droit d'exercer mais qu'une petite partie est réellement active dans le milieu hospitalier. Travailler en tant qu'indépendant, à l'étranger, dans le secteur social (ASBL par exemple) ou dans l'enseignement sont d'autres possibilités qui attirent les professionnels en soins infirmiers. D'autres difficultés s'ajoutent à cela, telles que : une certaine distance entre le domicile et le travail, la politique interne de l'hôpital, l'ambiance sur le lieu de travail, les générations plus jeunes qui souhaitent changer plus souvent d'employeur, l'exigence du travail, les horaires, la responsabilité d'un grand nombre de patients... (17) Toutes ses raisons traduisent un manque de personnel dans les institutions de soins.

En ce début d'année 2019, très peu d'infirmiers ont été diplômés étant donné que la formation est passée de 3 à 4 ans en 2016. Ce changement est dû à une actualisation du cursus par rapport au système Européen afin de combler les heures de stages manquantes en Belgique.

On comprend rapidement la conséquence pour le milieu hospitalier. Patrick Mullens, expert à l'Agence Européenne pour le Développement et la Santé nous confie qu'il existe déjà un manque d'infirmières car beaucoup d'hôpitaux font appel à de l'intérim et que ce passage à 4 ans va augmenter la pénurie. De plus, ce changement a eu, entre autres, pour conséquence une diminution de 50% d'inscription en Wallonie et de 30% à Bruxelles. (18)

De ce fait, en réponse au manque de ressources, dans les institutions de soins, les équipes soignantes se tournent vers l'intérim. Le statut d'infirmier intérimaire peut être avantageux pour certaines raisons : travailler en fonction de ses disponibilités, avoir un aperçu des différents services avant de s'engager comme fixe, ne pas vouloir vivre les contraintes d'une vie d'équipe... Aujourd'hui, les intérimaires sont fort sollicités dans le marché de l'emploi par les établissements de santé. (19) Cependant, il arrive que les intérimaires ne connaissent pas bien l'organisation et le système de chaque hôpital, service dans lequel il preste. Or, dans toutes institutions de soins, des procédures bien spécifiques, des programmes informatiques et des normes de qualité sont d'application. (20)

1.4. Situation des Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL)

Cette étude est menée aux Cliniques universitaires Saint-Luc en région de Bruxelles-Capitale. En février 2019, Saint-Luc a obtenu le niveau Platine de *l'Accreditation Canada International*, résultat atteint par l'évaluation de plus de 3000 critères axés sur des dimensions telles que : l'accessibilité, les services et soins axés sur le patient, la continuité des services et la prévention des risques, la sécurité, la qualité de vie professionnelle. (4)

Pour l'ACI, il existe 3 niveaux d'accréditation (Or, Platine et Diamant) atteints selon le respect et la satisfaction à chaque critère, norme requise dans l'établissement de soin. Le niveau Or équivaut à une mise en place des structures et des procédés de base liées aux éléments fondamentaux de la sécurité et de l'amélioration de la qualité. Le niveau Platine correspond au respect parfait du niveau Or ainsi qu'à la cohérence dans la prestation des services grâce à des processus normalisés centrés sur le patient et l'implication des patients. Enfin, le niveau Diamant répond au respect des 2 niveaux précédents ainsi qu'à l'obtention de qualité supérieure par le suivi des résultats, l'utilisation des données probantes, des meilleures pratiques et des *benchmarks*. (21)

Le référentiel de l'ACI définit des critères et normes reconnus dans le secteur de la santé, auxquels l'institution doit répondre. L'objectif principal est de soutenir et la qualité et la sécurité des soins. Si plusieurs services des Cliniques universitaires Saint-Luc jouissent déjà de différentes accréditations de manière indépendante, la nouveauté ici, est l'obtention d'une même accréditation pour toute l'institution dont les normes sont respectées par l'ensemble des travailleurs.

Aux CUSL, le département infirmier compte pour plus d'un tiers du personnel de l'institution. Actuellement, de nombreux services font appel aux infirmières intérimaires. En effet, les Cliniques recherchent plus de 80 infirmières.

Les taux moyens mensuels d'infirmières intérimaires par rapport aux infirmières salariées, ainsi que le détail par unité de soins (US) entre janvier 2019 et décembre 2019 au sein des CUSL, sont présentés en annexe 1.

Le ratio moyen patients/infirmier se situe à 7,8 dans les hôpitaux universitaires et est validé pour les CUSL. (14) Il est donc suffisant pour une pratique sûre des soins. Cependant, la charge de travail est toujours croissante dû à la complexité des soins et des nombreuses activités effectuées par l'infirmière. Le rapport KCE relève que pour améliorer la sécurité des soins, il faut engager du personnel de soutien (aides-soignants, aides-logistiques) pour assurer les tâches qui n'ont pas besoin de l'expertise des infirmières. En effet, de nombreuses activités comme la distribution des repas, le transport des patients, sont accomplies par les infirmières qui prennent du temps sur leur travail propre et qui les empêchent d'effectuer des actes infirmiers. Ce qui augmente considérablement l'intensité et la charge de leur travail. Le KCE recommande donc d'investir dans du personnel de soutien mais sans diminuer le nombre d'infirmières déjà présentes. (14)

2. La qualité et la sécurité des soins

La qualité et la sécurité des soins sont des concepts qui vont de pair. Si les pratiques améliorent la sécurité des patients, elles ont pour conséquence d'améliorer la qualité globale des soins. (22) Par exemple, si nous améliorons l'environnement pour éviter les chutes de patients, il est évident que nous augmentons notre qualité. Les notions de qualité et sécurité des soins sont définies ci-dessous.

Pour qu'un hôpital obtienne un titre d'accréditation, un certain nombre de critères sont évalués. Certains d'entre eux sont incontournables et essentiels pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Ils sont appelés les Pratiques Organisationnelles Requises (POR). Elles ont été définies sur base des recherches en « *evidence based practice* » et publiées dans la littérature professionnelle. Ces procédures de bases sont expliquées par la suite.

2.1. Définitions

Nombreuses sont les définitions de la qualité et la sécurité des soins. Retenons celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Selon la classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS, la sécurité des patients se définit comme « la réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice superflu associé aux soins de santé. Ce minimum acceptable est déterminé par les notions collectives ayant cours

en vertu des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués et comparativement au risque associé au non traitement ou à un autre traitement ». (23)

En ce qui concerne la qualité des soins, elle est définie comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». (22)

Le concept de qualité des soins prend en compte plusieurs dimensions et est en constante évolution. Il dépendra de l'endroit où l'on se trouve, des moyens, du budget que l'on a à disposition, tout en recherchant l'efficacité des soins et en évitant les effets indésirables. (22,24)

L'*Institute of Medicine* (IOM) a relevé 6 dimensions de la qualité utilisées pour évaluer les systèmes de soins de santé :

- « - Sûr : éviter de nuire aux patients des soins destinés à les aider,
- Efficace : fournir des services fondés sur des connaissances scientifiques à tous ceux qui pourraient en bénéficier et s'abstenir de fournir des services à ceux qui ne devraient pas en bénéficier, tout en évitant la sous-/sur-utilisation,
- Centré sur le patient : fournir des soins respectueux et adaptés aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque patient et veiller à ce que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques,
- En temps opportun : réduire les temps d'attente et parfois les délais préjudiciables tant pour les personnes qui reçoivent les soins que pour celles qui les dispensent,
- Efficace : éviter le gaspillage, en particulier le gaspillage d'équipements, de fournitures, d'idées et d'énergie,
- Équitable : fournir des soins dont la qualité ne varie pas en raison de caractéristiques personnelles comme le sexe, l'origine ethnique, la situation géographique et le statut socioéconomique. » (24,25)

2.2. Les Pratiques Organisationnelles Requises (POR)

Dans chaque système d'accréditation, de nombreuses procédures sont analysées et évaluées répondant à des normes prédéfinies. Pour obtenir le premier niveau d'accréditation, le respect à 100% des Pratiques Organisationnelles Requises est indispensable partout dans l'institution. Dans le référentiel ACI, les POR sont au nombre de 5, elles seront explicitées par la suite.

Une attention particulière est accordée à ces pratiques car elles ont un impact direct sur la sécurité de nos patients. (26) Il existe de nombreux autres critères mais pour ce travail de recherche, nous ne prendrons que les pratiques prioritaires, essentielles à respecter pour une prise en charge sécuritaire. Au vu de la taille de l'institution, les CUSL ont le défi de faire respecter les normes de sécurité par les 6000 travailleurs, partout dans l'institution (150.000m²) malgré la charge de travail et les nouvelles technologies.

Un guide et aide-mémoire « Qualité et Sécurité » a été créé en juin 2018 à l'attention de l'ensemble du personnel des Cliniques. Celui-ci reprend les mesures d'urgences et les procédures à suivre, dont les POR, dans l'institution.

Ci-dessous, chaque POR est détaillée en reprenant les informations du carnet aide-mémoire « Qualité et Sécurité » et d'un rapport sur la qualité et la sécurité des CUSL. (26,27)

Des éléments de la littérature complètent les données.

1) Identito-vigilance

La vérification de l'identité du patient est considérée comme le premier acte de soin en tant que tel. L'OMS relève que les erreurs évitables liées à l'identité du patient représenteraient 10% des événements indésirables liés aux activités de soins. (28)

Avant chaque acte de soins et à tout moment de la prise en charge du patient, les infirmières doivent identifier correctement le patient, et ce, en vérifiant son nom, son prénom et sa date de naissance. Cette vérification est faite oralement en posant des questions ouvertes, même si l'infirmière connaît déjà le patient. Un exemple type de question est : « Pourriez-vous me rappeler votre nom, prénom et date de naissance ? ». Afin de s'assurer de l'exactitude de l'identité du patient, il est convenu de croiser ces données orales avec son bracelet d'identification ou une étiquette de son dossier. (26,27) A ce sujet, les infirmiers doivent rester vigilants car des études ont montré que des incidents pouvaient avoir lieu dû à des informations erronées sur le bracelet d'identification du patient ou sur des étiquettes informatiques. (28)

2) Prévention et contrôle des infections

Cette pratique vise à empêcher toute infection liée aux soins, qui surviendrait au cours de l'hospitalisation ou à la sortie du patient, ayant été admis pour une autre raison que cette infection. Différentes mesures pour éviter ces infections doivent être appliquées par tout le personnel. Les infirmières en particulier, dans leur quotidien, doivent être attentives à l'hygiène et la désinfection des mains, à la prévention des septicémies liées aux voies veineuses centrales (VVC) ainsi qu'à la prévention et la transmission des bactéries multi-résistantes.

« L'hygiène et la désinfection des mains » s'applique lors de 5 moments fondamentaux : avant contact patient, après contact patient, avant acte propre / invasif, après exposition à des liquides biologiques et après contact avec l'environnement du patient. (26,27)

Depuis plusieurs années, le SPF Santé publique et la plate-forme fédérale d'Hygiène hospitalière organisent des campagnes nationales sur l'hygiène des mains dans toutes les institutions de soins belges. Le respect d'une hygiène des mains correcte est reconnu comme le facteur le plus important pour prévenir la transmission des infections associées aux soins chez les patients et donc une baisse des événements indésirables potentiels. (29)

Aux CUSL, les résultats de la campagne de 2017 démontraient que malgré une amélioration du respect de l'hygiène des mains, les soignants, tous métiers confondus, ne respectaient qu'une fois sur deux les occasions de se laver les mains. Les infirmiers et les kinésithérapeutes sont les plus assidus. Les moments où le taux d'observance de l'hygiène des mains est le plus faible est « avant contact patient » suivi de « après contact avec l'environnement du patient ». Ces résultats sont comparables à la majorité des hôpitaux et restent assez stables dans le temps. (29,30)

« La prévention des septicémies liées aux voies veineuses centrales² » renvoie aux soins prodigués par les infirmières afin d'éviter toutes complications. Le risque de complications infectieuses des voies centrales est chiffré de 5 à 26%. Plus précisément, 18 à 25% des infections nosocomiales sont dues à des infections sur cathéter et l'incidence du risque d'infection par jour est de 3,3% pour les VVC. (31) Pour le médecin, il en revient que le rapport bénéfice-risque de la mise en place d'une voie d'entrée doit être systématiquement effectuée et pour l'infirmière (en collaboration avec le médecin) de réfléchir à la nécessité de garder ce cathéter en place. Certes, ôter une voie centrale se fait suite à un ordre médical mais l'infirmière étant au chevet du patient, sa réflexion est déterminante dans une prise en charge qualitative. En effet, « un raisonnement clinique rigoureux et efficace allié à une pensée réflexive sont essentiels à l'amélioration des pratiques et sont garants de l'excellence de la discipline infirmière et de la qualité des soins ». (32)

« La prévention et la transmission des bactéries multi-résistantes » prévoit de se protéger adéquatement en fonction des différents micro-organismes transmissibles. Selon les situations, il convient de mettre des gants, une blouse, un masque chirurgical ou un masque FFP2. (26,27)

² Une voie veineuse centrale est un cathéter de gros calibre placé au niveau de la veine jugulaire ou de la veine sous-clavière permettant, entre autres, l'administration de médicaments directement par le système sanguin.

Dans les 6 dimensions de l'évaluation de la qualité des systèmes de santé, par l'IOM, nous retrouvons le concept « d'efficience » signifiant : éviter le gaspillage, dont celui des équipements et des fournitures de soins. (24,25)

Le matériel utilisé lors de la prise en charge des patients doit répondre aux besoins nécessaires pour éviter la surutilisation et assurer une qualité des soins.

Cette pratique a pris tout son sens dans la récente pandémie due au Covid-19. Le manque de matériel de protection a nécessité d'éviter tout gaspillage et surutilisation et les infirmières ont dû adapter leur pratique à cette situation.

3) Protection des patients fragiles

Les patients sont dits fragiles s'ils présentent un ou plusieurs points suivants : troubles conséquents de la vue et/ou de l'ouïe, une allergie alimentaire et/ou médicamenteuse avérée, un risque de chute élevé. Dans ces cas, le patient, avec son consentement, portera un bracelet supplémentaire rouge³, sur lequel le pictogramme correspondant à sa « fragilité » sera entouré.

Il existe plusieurs risques pour les patients fragiles mais les points développés dans cette POR sont : le risque de chute et la prévention des plaies de pression. Ce dernier sujet n'est pas soutenu par la pose du bracelet rouge mais ces deux risques sont abordés car ils dépendent préventivement de la surveillance infirmière et ils font l'objet de nombreuses déclarations d'événements indésirables.

Bien que les chutes soient de plus en plus dépistées et prévenues, elles restent une cause fréquente de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées. Une personne sur cinq de plus de 65 ans présenterait au moins une chute par an et le risque augmente avec l'âge et les problèmes de santé. Les institutions de soins sont donc des endroits propices où des chutes peuvent subvenir. (33) Aux CUSL, la chute est l'événement indésirable le plus fréquemment déclaré pour l'année 2019. Environ 70 chutes y sont enregistrées chaque mois. (34)

Afin de prévenir ce risque, celui-ci peut être évalué au moyen de l'échelle de Morse. Cet outil évalue différents éléments afin de connaître le niveau du risque (faible, moyen, élevé).

Lorsqu'un patient est identifié comme étant à risque de chute, cela sous-entend que les soignants doivent redoubler de prudence quant à sa prise en charge. Dans un premier temps, il s'agit d'informer le patient quant à l'apposition du bracelet rouge. Dans un second temps, son environnement doit être sécurisé comme suit : lit à hauteur d'assise avec les freins, matériel de marche disponible (exemple : déambulateur si nécessaire), sonnette et objets à portée de main, ôter

³ Aux CUSL, ce bracelet est de couleur rouge. Cette pratique n'est pas universelle. L'accréditation demande aux soignants d'identifier les personnes à risque mais la manière de le faire est laissée à l'appréciation des hôpitaux.

les objets encombrants, soit un environnement dégagé. Des précautions additionnelles sont prises lorsque le risque de chute est moyen : chaussettes ou pantoufles antidérapantes, évaluation par les équipes médicales / paramédicales, révision médicamenteuse... Lorsque le risque est élevé, la surveillance du patient est d'autant plus rapprochée. (26,27)

« La prévention des plaies de pression » fait l'objet d'une campagne de sensibilisation au département infirmier des CUSL. Les plaies de pression sont en 5^{ème} position quant aux déclarations des évènements indésirables pour l'année 2019. (34)

Les plaies de pression, ou escarres, sont dues au cisaillement et à la pression prolongée des os contre une surface dure. Afin de prédire le risque d'escarre, l'échelle de Braden est réalisée lors de toute admission et ensuite, revue au minimum tous les 7 jours ou dès qu'il y a un changement dans l'état général du patient. Si le score obtenu est en dessous de 18/23, la première mesure de prévention est d'installer un matelas « alternating »⁴. Certes, comme vu précédemment au point « contrôle et prévention des infections des VVC » le jugement clinique de l'infirmière est important. Cependant, Madame Joëlle Durbecq, directrice du département infirmier aux CUSL, nous confie : *« À chaque déclaration de plaie de pression, les gestionnaires de projets tentent de comprendre pourquoi celle-ci est survenue. Dans leur analyse, il ressort que pour la majorité des cas, au départ, l'échelle de Braden indiquait la nécessité de prendre des précautions - dont le matelas alternating - mais l'infirmière estimait que le patient était cliniquement et suffisamment bien pour ne pas mettre en place la prévention. Nous avons donc demandé, le temps que les bases de prévention soient acquises et intégrées, de respecter l'échelle avant tout. Le jugement clinique est à favoriser bien évidemment et pourra venir compléter les données factuelles une fois les pratiques préventives bien comprises »*. Le message clef est que l'échelle de Braden est un outil validé scientifiquement et qu'il est donc important de respecter les précautions nécessaires en conséquence.

D'autres mesures sont à prendre pour prévenir ces rougeurs : mettre les talons en décharge, mobiliser le patient, garder une peau propre, sèche et l'hydrater en douceur (par effleurage), maintenir un équilibre nutritionnel correct, observer les autres points de contact.

Les éléments à proscrire sont : les frictions et les massages, la superposition d'alèzes, l'eau de Cologne, les sources de chaleur ou de froid, les plâtres trop serrés... (26,27) Les frictions et les massages, ont fait l'objet de nombreuses discussions pendant plusieurs années mais ces comportements doivent être bannis. Plus particulièrement chez les personnes âgées et fragiles, le

⁴ Matelas « alternating » est un matelas anti-escarres constitué d'alvéoles ou de boudins indépendants les uns des autres qui se gonflent en alternance. Ceci permet un changement constant des points d'appui du corps sur le support.

massage et le frottement peuvent provoquer une destruction des tissus ou des réactions inflammatoires. (35)

Si une plaie de pression apparaît, elle doit être déclarée comme évènement indésirable et soignée selon le stade des escarres et selon les protocoles existants. (26,27)

4) Administration des médicaments

Afin de garantir une administration sécuritaire des médicaments aux patients, il convient de respecter la règle des « 5 B » : le Bon patient, le Bon médicament, la Bonne dose, la Bonne voie, au Bon moment, selon la prescription médicale.

S'ajoutent à cela, d'autres spécificités. Lors de l'administration d'une chimiothérapie ou d'une transfusion sanguine, la double vérification, c'est-à-dire, la vérification de l'identité du patient par 2 professionnels de la santé différents, est obligatoire.

Pour les Médicaments à Haut Risque (MHR), une vigilance accrue est demandée au soignant administrant ce médicament. Un MHR est un médicament qui, s'il est utilisé de manière erronée, engendre un risque élevé de graves conséquences pour le patient. (26,27)

5) Déclaration des évènements indésirables

Un évènement indésirable (EI) est un incident inattendu qui pourrait porter préjudice au patient, à un tiers ou à un professionnel de la santé, et qui perturbe ou retarde le processus de soins. Il n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie mais bien aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement touchant le patient. En voici quelques exemples : une administration erronée d'un médicament, une chute, des plaies de pression. Ces exemples sont le résultat du non-respect de certaines Pratiques Organisationnelles Requises citées préalablement.

Tout personnel soignant concerné ou témoin direct de l'évènement indésirable est tenu à le déclarer. Des équipes de terrain, gestionnaires de risques ont pour mission d'analyser les causes menant à l'EI et apportent des actions de prévention afin que cela ne se reproduise plus. (26,27,36)

Par conséquent, le soignant déclarant l'EI s'expose à la révélation d'une erreur ou faute professionnelle. La crainte d'avoir en retour une sanction peut faire courir le risque d'une non-déclaration. Cela va à l'encontre du devoir éthique d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. (36) La responsabilité professionnelle et la politique institutionnelle agissent sur la mise en confiance des soignants en ce qui concerne la déclaration des EI.

2.3. Pratiques additionnelles

Si les 5 Pratiques Organisationnelles Requises explicitées au point précédent sont essentielles pour assurer la qualité et la sécurité des soins aux patients, d'autres thématiques, et nombreuses sont-elles, peuvent être analysées. Cependant, nous avons choisi d'aborder 3 thèmes supplémentaires : la communication, le besoin de sécurité du soignant et le feedback. Ces pratiques se retrouvent également dans les 3000 critères évalués par le référentiel de l'ACI. De plus, ce sont des concepts développés et approfondis dans le cadre de plusieurs cours du Master en sciences de la santé publique. Quand ils sont utilisés de manière adéquate et que ces besoins sont satisfaits, leur impact sur la sécurité des soins est démontré. (24,37)

1) *La communication*

D'après la *Joint Commission*, une mauvaise communication des données est la principale cause d'événements indésirables survenant chez le patient. Afin d'améliorer les transmissions d'information, la standardisation de la communication par des procédés est recommandée. (24)

Par exemple, aux CUSL, un rapport « ISBARR » oral et écrit, est utilisé lors de transferts de patients entre les équipes. L'acronyme « ISBARR » correspond aux initiales des mots suivants anglais et sont développés lors de ces transferts :

- « - *Identity* : soignant et patient,
- *Situation* : motif de l'appel et situation actuelle du patient,
- *Background* : antécédents, médicaments reçus, examens, état physique, maladies chroniques significatives,
- *Assessment* : constantes vitales, préoccupations,
- *Recommandation* : points d'attention, interventions immédiates,
- *Reformulation* : des points essentiels. » (26,27)

Le « roulement » en termes de personnel soignant affecte la qualité, par exemple, en perturbant la communication interprofessionnelle car plus le nombre de personnes entrent en interaction, moins le message risque d'être précis. La circulation de l'information est une composante particulièrement critique de la qualité et, lorsqu'elle devient mauvaise, elle devient une source importante d'erreurs. (38)

2) *Le besoin de sécurité du soignant*

Différentes théories développent des approches de la motivation au travail. La théorie de Maslow (1954) est une pyramide à 5 niveaux correspondants à une hiérarchie de besoins.

Selon cette théorie, une personne ne peut agir sur les motivations « supérieures » à condition que ses motivations primaires (besoins physiologiques et besoins de sécurité) soient satisfaites. Les besoins physiologiques renvoient à nos besoins concrets liés à notre survie. Les besoins de sécurité proviennent d'une nécessité d'être protégé physiquement et moralement. Aujourd'hui, chaque personne peut être plus sensible à un besoin en particulier sans devoir satisfaire un besoin du niveau primaire. Néanmoins, cette théorie donne des indications sur des leviers motivationnels potentiels. (37,39)

Les soignants ont besoin de sécurité pour se sentir reconnus, compétents, pour progresser dans leur formation. Quelqu'un qui a peur ne peut pas donner le meilleur de lui-même. Le respect et la reconnaissance du travail de chaque professionnel est essentiel au bon fonctionnement de l'hôpital. (40)

Le sentiment de sécurité de l'infirmier lui-même lorsqu'il va travailler, aura un impact sur la sécurité des patients. Un environnement sécurisant favorisera le personnel soignant à oser demander de l'aide auprès de leurs collègues infirmiers ou médecins ou à oser déclarer un évènement indésirable, par exemple.

3) *Le feedback*

En management, le feedback est un concept fort utilisé et reconnu quand il est efficace et constructif car il permet aux travailleurs d'évoluer. Un retour clair et précis basé sur les performances de l'employé, va lui permettre d'identifier les domaines où il doit s'améliorer, les comportements à modifier ou encore ses efforts à poursuivre. (37,41)

3. La question de recherche

Il existe de la littérature sur l'évolution du paysage hospitalier, l'accréditation des hôpitaux ainsi que sur les pratiques assurant la qualité et la sécurité des soins aux patients par le personnel infirmier. Cependant, les recherches sur la différence de la prise en charge infirmière par les nouvelles engagées et les intérimaires ou les connaissances et les comportements des infirmières débutant leur formation au sein d'un hôpital accrédité, sont plus rares.

Nous l'avons déjà mentionné à plusieurs reprises, les ressources infirmières sont déterminantes pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Les hôpitaux, dans leur ensemble, manquent de soignants et se tournent vers l'intérim. Le travail des intérimaires et leurs compétences sont tout aussi importantes.

Toutefois, des problèmes de sécurité peuvent exister quant aux prestations des infirmières intérimaires car elles sont moins familiarisées avec les pratiques de l'unité, il peut y avoir une perturbation dans la continuité des soins et au niveau de la communication au sein de l'équipe soignante. Certaines études ont montré qu'un recrutement élevé d'infirmières intérimaires était associé à un risque de chute élevé des patients ainsi que des lacunes en ce qui concerne la qualité des soins. (42) Dans les hôpitaux dits magnétiques, où le recrutement et la rétention du personnel infirmier est meilleur, il y a un faible recours aux agences de placement de personnels intérimaires. Ce recours étant un indicateur de dysfonctionnement dans les unités de soins. (38)

Notre recherche tente de s'assurer que l'intérim est une réponse appropriée à la prise en charge qualitative des patients et qu'il respecte les pratiques requises par l'accréditation.

Ce qui nous conduit à la question de recherche, qui nous guidera tout au long de ce travail : « **Les nouvelles infirmières intérimaires assurent-elles des soins qualitatifs et sécuritaires au même titre qu'une nouvelle infirmière engagée ?** »

Afin de répondre à cette question de recherche, une enquête a été menée en évaluant les pratiques organisationnelles. Dès lors, une sous-question apparaît : « Existe-t-il une différence au niveau du respect des POR par les nouvelles infirmières intérimaires et les nouvelles engagées ? »

Méthodologie

Après la première partie théorique de ce mémoire, il est temps de développer le processus méthodologique de notre étude. De manière globale, nous abordons notre recherche comme une étude transversale (*cross sectional study*) : les données sont recueillies au cours d'une enquête à un moment précis dans le temps. Elle permet de décrire une situation à un moment donné et il n'y a pas de suivi de la population proprement dit. (43)

Plus précisément, concernant la méthodologie de l'enquête menée, différentes parties sont abordées : le choix de la méthode, l'échantillonnage, la collecte des données et son analyse.

1. Le choix de la méthode

Dès notre question de recherche posée, nous avons longuement discuté sur la manière d'obtenir nos résultats. Les deux méthodes classiques de recherche qualitative et quantitative nous semblaient intéressantes.

Après réflexion, nous avons choisi la **méthode quantitative** pour interroger les nouvelles infirmières (tant intérimaires que nouvelles engagées) par le biais de questionnaires : nous voulions privilégier le nombre de répondants pour obtenir des données plus importantes. Deux questionnaires similaires, l'un pour les nouvelles infirmières intérimaires et l'autre pour les nouvelles infirmières engagées, ont été construits afin de pouvoir faire des comparaisons proches.

Pour information, la recherche quantitative est appropriée pour plusieurs raisons, elles sont énumérées ci-après. Les éléments en italiques sont ceux qui sont particulièrement intéressants pour notre recherche :

- ✓ *on souhaite récolter des informations sur la fréquence de comportements ou d'attitudes,*
- ✓ la question posée appelle une réponse numérique,
- ✓ des associations statistiques entre des variables sont recherchées,
- ✓ *on souhaite tester une hypothèse formulée précisément,*
- ✓ *l'échantillon de la population étudiée est large,*
- ✓ *la recherche se veut objective,*
- ✓ *les résultats sont généralisables.* (44)

Malgré différentes démarches entreprises pour obtenir un taux de réponse suffisant de questionnaires, le nombre de répondants intérimaires nous a paru fort faible. La généralisation pour certains résultats doit être vérifiée et/ou confirmée.

C'est pourquoi, dans un second temps, nous avons voulu enrichir notre recherche par la **méthode qualitative** en menant une interview semi-dirigée de personnes connaissant bien le fonctionnement avec des nouveaux engagés et des intérimaires. Nous nous sommes donc tournés vers des infirmières en chef avec expérience managériale démontrée travaillant dans des unités de soins (US) ayant accueilli tant du nouveau personnel que des intérimaires.

Pour information, la recherche qualitative est appropriée lorsque le sujet de la recherche :

- ✓ *est mal défini ou pas suffisamment compris,*
- ✓ *est complexe et/ou sensible,*
- ✓ *est préoccupé par des processus,*
- ✓ *requiert une compréhension du détail,*
- ✓ *requiert de nouvelles idées et de la créativité,*
- ✓ *cherche à comprendre et à interpréter des interactions sociales,*
- ✓ *requiert un échantillon restreint.* (44)

Pour finir, il s'agit d'un « design séquentiel explicatif », tel qu'illustré en figure 1.

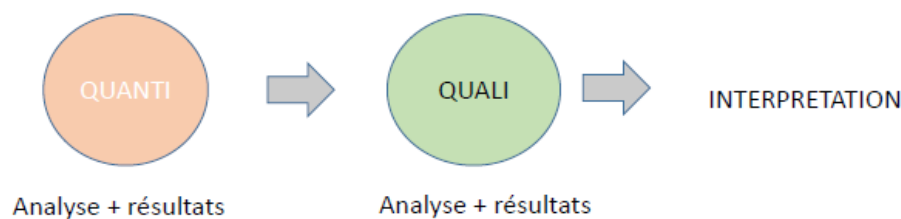


Figure 1 : « design séquentiel explicatif »

L'étude se déroule en 2 phases successives : une phase de récolte de données quantitatives, suivie d'une phase de récolte des données qualitatives. La 2^{ème} phase permet d'expliquer des résultats de la phase quantitative plus en détails. Elle passe par l'identification de participants appropriés à étudier plus en profondeur. (44) Dans ce cas-ci, les infirmières en chef semblent être une solution plus adéquate.

2. L'échantillon

2.1. Le milieu

L'enquête se déroule aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Comme déjà précisé au début de ce travail, il s'agit d'un hôpital qui soutient la recherche, réputé pour la qualité de ses soins et qui a obtenu l'Accréditation Canada en février 2019. Si la qualité est une préoccupation des CUSL, la

sécurité des soins l'est tout autant. Pour suppléer aux besoins des équipes soignantes, de nombreuses infirmières intérimaires y travaillent également. Une agence d'intérim, Express Medical, a par ailleurs, un bureau au 1^{er} étage des CUSL et est lié aux CUSL par un marché public.

A titre d'information, pour comprendre l'ampleur du besoin en intérim, les CUSL collaborent avec plus de 300 intérimaires (infirmières et aide soignantes) pour un total mensuel proche de 75 ETP (équivalent temps plein).

2.2. Le public cible

L'étude s'intéresse à évaluer la qualité et la sécurité des soins prodigués par des infirmières diplômées ayant un statut différent sur le terrain. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Les infirmières intérimaires exerçant une première mission aux CUSL entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2019,
- Les nouvelles infirmières engagées aux CUSL entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre.
- S'est ajouté en 2^{ème} phase : les infirmières en chef ayant une grande expérience aux CUSL et collaborant avec les deux publics précédents.

1) *Les nouvelles infirmières engagées – internes*

En ce qui concerne les nouvelles infirmières engagées durant cette période déterminée, elles sont au nombre de 112.

Nous avons exclu les unités suivantes :

- Le quartier opératoire, la radiologie-scanner, les consultations, la stérilisation et la dialyse : ces services sont spécifiques et soit ont des normes plus particulières, soit leur activité est centrée sur un moment très précis du trajet patient, soit travaillent très peu avec des nouvelles infirmières.
- Les nouveaux engagés des équipes mobiles : ils vont dans plusieurs unités et leur temps de formation est plus important.
- La psychiatrie : il n'y a pas eu de nouvel engagé depuis juillet et la prise en charge des patients est davantage axé sur leur santé mentale : leur activité de soins a un référentiel particulier.

Au terme de cette sélection, 72 nouvelles engagées font partie de notre échantillon. Les services retenus et le nombre de nouvelles engagées depuis le mois de juillet selon les différentes filières, sont repris dans le tableau 1 ci-après.

Département/filière	Service/unité de soins	Nombre d'infirmières
Soins intensifs	CVI1, CVI2, SIT, SIP	8
Médecine aiguë	Urgences	2
Cardiovasculaire	U61, U63, U64	5
Gériatrie	U23, U24	4
Loco-neurosciences	U31, U33, U34, U72, U74, UA2	11
Médecine interne	U43, U44, U71	4
Mère-enfant	U81, U85, U91, U92, U96	13
Onco-hémato	U42, U51, U52, U56, U82, UA0	15
Viscérale	U22, U53, U83, U95A, U95B	10
TOTAL		72

Tableau 1 : Nombre de nouvelles engagées en fonction du département.

Dès le premier jour au sein des CUSL, les nouvelles engagées bénéficient d'un accueil ou *onboarding* et différentes présentations sur la qualité, la sécurité des soins, la responsabilité, la prise en charge de leur formation et le développement de leurs compétences. L'aide-mémoire « Qualité et Sécurité » leur est également donné. Les nouvelles engagées ont un accueil personnalisé de la Direction infirmière pendant laquelle elles reçoivent une explication et un rappel de toutes les POR.

Elles bénéficient également d'un parrainage de 2 à 3 semaines dans l'unité où elles vont exercer.

2) Les nouvelles infirmières intérimaires – externes

En ce qui concerne les nouvelles infirmières intérimaires, elles sont 67 à avoir commencé leur activité aux CUSL durant cette période.

Les intérimaires qui commencent leur activité aux CUSL n'ont pas d'accueil spécifique. Express médical a créé une plateforme avec des *e-learning*s en janvier 2019. Un mail de rappel a été envoyé en avril 2020 concernant l'existence de cette plateforme. Actuellement, cette plateforme n'est pas suffisamment connue, utilisée et il n'y a pas de suivi concret.

3) Les infirmières en chef

Enfin, deux infirmières en chef ont été choisies en fonction de leur ancienneté au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, et par conséquent, leur longue expérience avec les infirmières intérimaires et les nouvelles engagées. Elles portent également une attention particulière à la philosophie de la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Rappelons l'arrêté royal mentionnant une des nombreuses fonctions de l'infirmier en chef : « L'infirmier en chef est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier ». (45)

3. Collecte des données

La collecte des données débute de la construction du questionnaire (Q°R) et du guide d'entretien jusqu'à la manière dont l'analyse de ceux-ci a été effectuée. La collecte passe aussi par les demandes d'autorisation de mener une enquête à la distribution et la récolte des questionnaires sur le terrain.

En figure 2 est représenté les étapes de la collecte des données en fonction des publics-cibles. Le détail est explicité par la suite.

	DECEMBRE	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL
	→ Construction des Q°R				
INTERNES		→ 6/1 : demande enquête IPEH → 10/1 : retour IPEH autorisation → 13/1 : distribution Q°R US (date limite : 31/1) → 23/1 : passage US pour rappel → 31/1 : collecte des Q°R US (TOT = 32)			
EXTERNES		→ 17/1 : demande enquête IPEH → 27/1 : retour IPEH autorisation → 28/1 : Q°R envoyés Express Medical (date limite : 9/2) → 9/2 : rappel et date limite repoussée 16/2 (TOT = 2) → 17/2 : Q°R au bureau Exp Med date limite repoussée 28/2 (TOT = 7) → 28/2 : Fin collecte (TOT = 13)			
				→ 1/3 : Analyse Q°R	
IC				→ Fin mars-début avril : construction guide entretien → 20/4 : demande supplément enquête IPEH → 22/4 : retour IPEH validé → 23/4 : interview IC1 → 30/4 : interview IC2	

Figure 2 : Ligne du temps de la collecte des données.

3.1. Construction des questionnaires

Les questionnaires, disponibles en annexes 2 et 3, comprennent 3 parties distinctes.

La première partie est une introduction au pourquoi et but de la recherche ainsi que les consignes pour répondre adéquatement à l'enquête. Il nous a fallu tester différentes manières de motiver les soignants à répondre le plus honnêtement possible et à les inciter à prendre un peu de leur temps malgré la charge de travail. La garantie sur l'anonymat est donc indispensable car la qualité des réponses dépendra de cette confiance.

La deuxième partie, nommé « généralités » reprend des questions plus formelles au sujet du parcours de la personne telles que : l'âge, l'année de l'obtention du diplôme, le passé professionnel du métier d'infirmière, et d'autres questions dans ce style. Même si le sexe n'est pas une variable recherchée (trop peu d'hommes pour imaginer pouvoir étudier une différence), le questionnaire est évidemment adressé autant aux hommes qu'aux femmes.

La dernière partie porte sur des « questions spécifiques » en lien avec les 5 Pratiques Organisationnelles Requises, thématiques ayant un impact direct sur la sécurité des soins. Certes, il existe plus de 3000 critères auxquels un hôpital doit répondre afin d'être accrédité mais ces 5 POR, sont des critères incontournables, les fondamentaux. Ces procédures de base permettent la sécurité aux patients et doivent être respectées à 100%. Il s'agit des 5 critères développés précédemment (2.2. Les Pratiques Organisationnelles Requises (POR) du cadre théorique).

Quelques questions sur des pratiques supplémentaires ont aussi été posées (2.3. Pratiques additionnelles). Ce qui fait un total de 19 questions pour cette partie.

Les questions sont généralement des mises en situation avec plusieurs choix de réponses possibles. Dans ce cas, le nombre de réponses peut être la somme des propositions.

Certains choix de réponses demandent à l'infirmier de se positionner quant à chaque affirmation, par un OUI / NON.

Il y a peu de questions ouvertes, celles-ci attendent une réponse courte et précise.

Les questions et propositions de réponses ont été élaborées avec la directrice du département infirmier des CUSL. Elle a une connaissance non seulement des événements indésirables en lien avec les pratiques de soins mais également la vision de son équipe de cadre intermédiaire, soit un beau panel d'opinions. Parmi les 3000 critères, les plus sensibles ont été ciblés.

Une fois le questionnaire construit, il a été testé sur 3 personnes afin d'établir d'une part la durée moyenne à prévoir pour le compléter et d'autre part, pour s'assurer de la bonne compréhension des questions. Certaines questions ont dû être reformulées, aucune n'a été supprimée.

3.2. Construction du guide d'entretien

Pour notre rencontre avec les infirmières en chef, nous avons également construit un guide d'entretien (présenté en annexe 5). Il est divisé en 4 parties.

La première commence par une mise en contexte de l'étude et redemande la confirmation de la participation des infirmières en chef.

La deuxième partie pose le cadre général. Trois questions portent sur les caractéristiques générales des infirmières en chef : leur expérience aux Cliniques, leur expérience avec les nouvelles intérimaires et les engagées ainsi que leur façon d'attribuer le travail aux infirmières.

La troisième phase aborde les POR et les pratiques additionnelles. Les questions ont été réfléchies en fonction des résultats obtenus aux questionnaires. Le choix des questions s'est porté sur les résultats les plus disputés ou étonnants pour chaque thème. Ce qui a fait l'objet d'une petite dizaine de questions.

Enfin, trois questions supplémentaires ont été posées : une sur le feedback, une sur l'appréciation globale des externes par rapport aux internes et une, à la fin de l'entretien, sur un point laissé à leur libre appréciation.

3.3. Autorisations pour les enquêtes

Etant donné que l'enquête est adressée au personnel du département infirmier des CUSL, la procédure à suivre pour être en règle, est bien spécifique et décrite sur l'intranet. Les documents ci-après ont été complétés et envoyés à la cellule IPEH (Infirmier Partenaire École Hôpital) afin de traiter la demande d'enquête.

Pour la recherche en externe, Madame Nathalie Matolet, senior consultant chez Express Medical, a dû attendre l'autorisation de son supérieur hiérarchique. Des conditions pour mener la recherche ont été imposées : en faisant appel au RGPD⁵ les noms et coordonnées des intérimaires ne pouvaient être transmis et, dans le mail joignant le questionnaire devait apparaître qu'il n'était pas obligatoire de le remplir.

L'engagement de confidentialité et de non divulgation a été signé par les parties en collaboration pour l'enquête ; d'un côté, l'institution et de l'autre, la chercheuse.

Enfin, un exemplaire du questionnaire d'enquête fut également joint aux autres documents.

Nous avons reçu l'accord de mener l'enquête en date du 10 janvier 2020 pour les internes et du 27 janvier 2020 pour les externes.

Par la suite, le 20 avril, un complément d'autorisation d'enquête a été demandé par mail auprès de la cellule IPEH pour interroger les infirmières en chef. Celui-ci a été rapidement délivré, le 22 avril.

⁵ RGPD, règlement général sur la protection des données relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

En début d'interview, une autorisation d'enregistrement a été demandée oralement afin de faciliter le dialogue et la retranscription exacte des déclarations des infirmières en chef. Elles ont accepté toutes les deux.

3.4. Collecte des données auprès des professionnels de la santé

Les autorisations des enquêtes ayant été délivrées à des moments différents, le lancement des questionnaires et la date limite de remise ont été adaptés en fonction des 2 publics-cibles.

Concernant les nouveaux engagés, 72 questionnaires ont été imprimés, mis dans des enveloppes à leur nom et joint d'une enveloppe vide au nom de Sophie Werquin. Elles ont été distribuées, le 13 janvier 2020, dans leur service respectif, soit en main propre quand l'infirmière était présente, soit aux collègues qui se chargeaient de faire passer le message.

Lors de ce passage, 11 questionnaires ont été refusés pour différentes causes : des infirmières en congé de maternité, des infirmières ayant démissionné ou étant en congé maladie, des infirmières ayant déjà travaillé plusieurs années au sein des Cliniques et changeant d'unité. Ce qui fait un total de 61 questionnaires distribués.

Un rappel a été fait après 10 jours (le 23 janvier) par la chercheuse en passant dans les unités de soins concernées. La collecte finale des questionnaires auprès des internes a été effectuée le 31 janvier 2020.

Concernant les nouveaux intérimaires, la collecte des questionnaires a été plus compliquée : tous les intérimaires ne passant pas par un même endroit et n'ayant pas reçu leurs coordonnées, une collaboration avec Madame Nathalie Matolet a été envisagée. Elle s'est chargée de faire le lien entre l'intérimaire et la chercheuse. Elle leur enverrait le questionnaire par mail et soit, ils le lui renverraient complété à son adresse mail qu'elle transférerait à la chercheuse soit, ils le glisseraient dans une enveloppe au nom de Sophie Werquin, dans la boîte aux lettres du bureau d'Express Medical à Saint-Luc. Ces 2 méthodes ont été pensées afin de préserver l'anonymat des répondants et ont été lancées le 28 janvier.

Le taux de réponse étant très faible à la date limite de remise du questionnaire (9 février), un rappel a été envoyé et a prolongé l'échéance de réponse au 16 février. Cela a permis d'obtenir 7 questionnaires. Une autre méthode a été pensée. Une vingtaine de questionnaires vierges accompagnés d'une enveloppe au nom de Sophie Werquin, furent déposés au bureau d'Express Medical. Un mail de rappel a été renvoyé, précisant la présence des questionnaires au bureau et la

date limite a été repoussée une dernière fois au 28 février 2020. Six questionnaires sont arrivés en retour au bureau. Ce qui fait un total de 13 questionnaires récoltés en un mois.

Pour la 2^{ème} phase de la recherche, étant donné qu'elle s'est déroulée lors de la crise sanitaire du Covid-19, les infirmières en chef ont été contactées dans un premier temps par mail afin de leur demander leur participation. Les entretiens semi-dirigés ont été ensuite exécutés à distance par les moyens technologiques existants le 23 et 30 avril 2020.

3.5. Analyse des données

Pour les questionnaires, l'analyse des données a commencé après la date limite de récolte de tous les questionnaires, c'est-à-dire le 1^{er} mars.

Les cases devant les réponses possibles ont été modifiées en lettres de l'alphabet afin de faciliter la retranscription des données.

Le logiciel Microsoft Excel a été utilisé afin d'encoder les réponses des questionnaires, ainsi que pour la réalisation des histogrammes comparant les engagés et les intérimaires. Des conseils de collègues quant à l'utilisation de ce logiciel ont été précieux afin de le manipuler de manière adéquate. Toutes les questions ont été traitées.

Aucun logiciel spécifique de traitement des données n'a été utilisé pour l'analyse des entretiens semi-dirigés. Les résultats des deux entretiens ont été repris ensemble par catégories de questions, d'abord le cadre et les généralités, ensuite par POR et les pratiques additionnelles.

Résultats

La méthodologie de notre recherche étant présentée, nous pouvons envisager l'analyse de nos résultats.

Bien que la collecte des données se soit déroulée en deux temps, en premier lieu les questionnaires destinés aux infirmières et ensuite les entretiens effectués auprès des infirmières en chef, nous avons décidé de présenter les résultats ensemble pour chaque thématique. En effet, les résultats qualitatifs obtenus venant compléter et/ou valider les résultats quantitatifs, cela permet d'avoir une vue plus précise et complète de la situation.

D'abord, le cadre et les généralités des publics interrogés sont posés. Ensuite, les différents thèmes sont présentés. Enfin, des points supplémentaires abordés avec les infirmières en chef sont précisés.

Pour la présentation des résultats qualitatifs, les verbatim des deux infirmières en chef interviewées sont repris en italique et entre guillemets. Afin de ne pas identifier les deux infirmières en chef, nous les nommerons « IC1 » et « IC2 ».

1. Cadre et généralités

1.1. Description échantillon effectif infirmières

Notre public cible est composé tant d'internes que d'externes. Nous avons pu récolter 32 questionnaires d'internes sur un total de 61 documents distribués, soit un taux de réponse de 52%. Ce taux nous semble très encourageant. En général, aux Cliniques universitaires Saint-Luc, les différentes sollicitations faites par questionnaires permettent d'obtenir un taux de réponse proche de 20% et dans le meilleur des cas à 30%. Notre taux nous satisfait donc tout particulièrement.

En ce qui concerne les externes, elles sont 67 à avoir effectué leur première mission aux Cliniques entre juillet et décembre 2019. Seuls 13 questionnaires ont été complétés. Parmi ceux-ci, 2 questionnaires n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des résultats car la majorité des réponses étaient non applicables dans leurs cas. En effet, leur mobilité interne était exclusive à un seul service (faisant partie des unités non prises en compte pour des raisons décrites précédemment) ; l'une, au bloc opératoire et l'autre, en consultation prélèvement.

Nous avons donc pu analyser 11 questionnaires sur 67 soit un taux de réponse d'environ 16%.

Bien que les taux de réponses ne soient pas similaires, nous avons choisi délibérément de traiter les résultats dans leur ensemble. Séparer les résultats rendrait la lecture chargée et la compréhension difficile. Si dans certains cas, la différence entre ces deux publics était significative ou intéressante, nous ne manquerions pas de le signaler.

Notre échantillon d'internes se compose d'un public-cible jeune. En effet, presque trois-quarts des internes ont moins de 25 ans et un quart ont entre 26 et 30 ans. Ils sont pour la plupart au début de leur carrière professionnelle.

Pour les externes, cette répartition est plus hétérogène dans les différentes tranches d'âges, allant de moins de 25 ans à plus de 50 ans (figure 3).

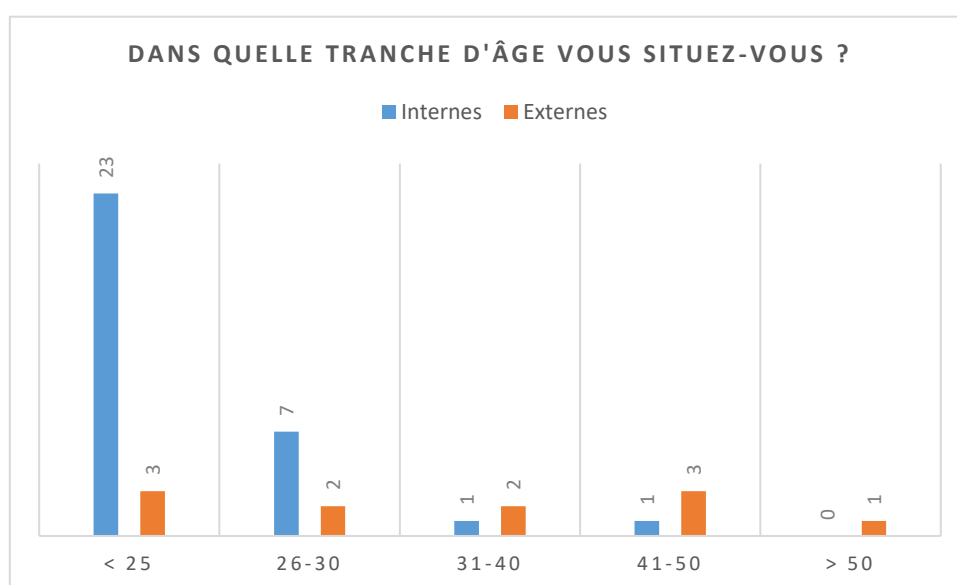


Figure 3 : Nombre d'infirmières par tranche d'âge. (Q1)

Si la durée contractuelle est supérieure à un trois-quarts temps pour tous les internes, le temps de travail estimé pour les externes est plus faible. En effet, plus de la moitié des externes travaille à une fréquence de moins d'une semaine de travail par mois, soit moins d'un 25%.

Nous sommes face à une population qui débute sa vie professionnelle : 2/3 des internes interrogés commencent leur premier job au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc. Parmi les autres qui avaient déjà exercé dans un autre hôpital avant de rejoindre les CUSL, la majorité n'exerçait pas dans un établissement accrédité.

En ce qui concerne les externes, $\frac{3}{4}$ sont mobiles dans la clinique, c'est-à-dire qu'ils changent de service. Le quart restant, est fixe dans une seule unité.

La majorité des externes affirme ne pas avoir été informée des procédures d'accréditation avant de commencer à travailler aux CUSL et de ne pas être tenue au courant des nouvelles procédures. Pour contrecarrer ce manque, certaines posent des questions dans les différentes unités, se réfèrent aux protocoles dans les services ou disent connaître les procédures de bouche à oreille. Plus de ¾ des externes apprennent les « *best practices* » au hasard lorsqu'elles travaillent.

Pour conclure les différentes caractéristiques des deux publics-cibles, il s'agit, du côté des internes, de personnes jeunes au début de leur carrière professionnelle travaillant en (quasi) temps plein à Saint-Luc. De l'autre côté, des externes exerçant à moins de 25% de leur temps de travail aux Cliniques et n'ayant pas d'expérience sur les procédures d'accréditation.

1.2. Description infirmières en chef et l'encadrement

Pour commencer, il est important de souligner que les deux infirmières en chef émanent de 2 services spécialisés différents. La prise en charge des patients est donc différente mais ces 2 services hospitalisent des patients avec des grandes fragilités : le respect des POR est d'autant plus important. Nous ne nommerons pas plus précisément le type de service afin de respecter la confidentialité promise. Toutes les deux sont responsables de leur service depuis 13 et 28 ans, et ont démontré des qualités managériales solides.

Dans toutes les unités de soins à Saint-Luc, un encadrement personnalisé de plusieurs semaines est prévu pour les nouvelles engagées : « *On estime qu'en 3 semaines, on a pu lui montrer le maximum et puis après ça on est toujours derrière elle en cas d'encadrement mais elle a au moins été prise en charge pendant 3 semaines et pas lâchée dans la nature* » (IC2). Ces 3 semaines – ou plus, si nécessaire – sont essentielles pour former une infirmière de qualité et pour la garder sur le long terme.

Selon les infirmières en chef, l'encadrement est différent pour les nouvelles intérimaires, et ce, pour plusieurs raisons. Il faut faire la distinction entre les intérimaires qui viennent 1 jour ponctuellement dans le service, celles qui sont fidélisées, celles qui montrent de l'intérêt et de la motivation ou celles qui sont déjà venues en stage à Saint-Luc. L'idéal est d'avoir des nouvelles intérimaires fidélisées car elles acquièrent des connaissances sur l'institution et le service en particulier, mais ce n'est pas toujours le cas. « *Quand on a une infirmière fidélisée, on sait que dès le début on va la former pour qu'elle puisse prendre en charge des patients. [...] Le plus difficile c'est quand ce sont des gens qui viennent d'ailleurs parce que du coup elles ne connaissent pas l'organisation [...] alors on change notre organisation pour pouvoir les encadrer.* » (IC1) ;

« L'intérim, c'est vrai qu'on ne va pas pouvoir l'encadrer aussi efficacement puisqu'elle vient que l jour ponctuellement et que son choix c'est de voler d'une unité à l'autre. La nouvelle engagée, on veut vraiment s'investir à fond pour qu'elle puisse être optimale par la suite » (IC2).

L'encadrement est aussi différent en fonction des unités de soins : parfois, l'intérimaire prend en charge plusieurs patients, parfois, elle est volante dans l'unité et aide pour des actes spécifiques. Cela dépend de la charge de travail au jour le jour dans le service et du personnel soignant fixe présent. *« Imaginons que j'ai 3 infirmiers (fixe du service), eh bien je vais plutôt avoir tendance à demander une intérimaire aide-soignante et pas une intérimaire infirmière parce que c'est parfois plus compliqué. [...] Si une intérimaire n'est jamais venue, elle travaille en binôme, ça dépend aussi de son expérience aux Cliniques, si elle sait prendre en charge dans l'ordinateur ou si elle ne connaît pas le programme. Je ne mets pas mon équipe en insécurité, de manière à ce qu'ils ne doivent pas repasser après et surveiller ce que l'intérimaire fait. » (IC1) ; « Pour moi une intérimaire est diplômée donc elle est sensée prendre en charge le patient aussi bien qu'une nouvelle engagée [...] Elle doit pouvoir avoir - pas toutes les compétences, mais elle est infirmière quand même. Après on est là pour guider mais y a un minimum » (IC2).*

2. Résultats quantitatifs et qualitatifs des pratiques

Pour chaque item, plusieurs questions étaient posées (annexes 2 et 3). Les points importants de chaque dimension interrogée sont repris ci-après. Pour faciliter la lecture, des histogrammes reprennent uniquement les réponses aux questions les plus discutées et qui nécessitent des informations supplémentaires. Le lecteur trouvera en annexe 4 toutes les réponses aux diverses questions (pour la lisibilité des réponses et des comparaisons, elles sont reprises sous forme d'histogramme).

2.1. Identito-vigilance

Pour rappel, le but recherché dans les questions posées est de s'assurer que l'identité du patient est vérifiée selon les procédures établies.

Deux questions abordaient ce thème : une première sur la procédure « le soignant rencontre pour la première fois le patient » et une deuxième sur un acte technique courant.

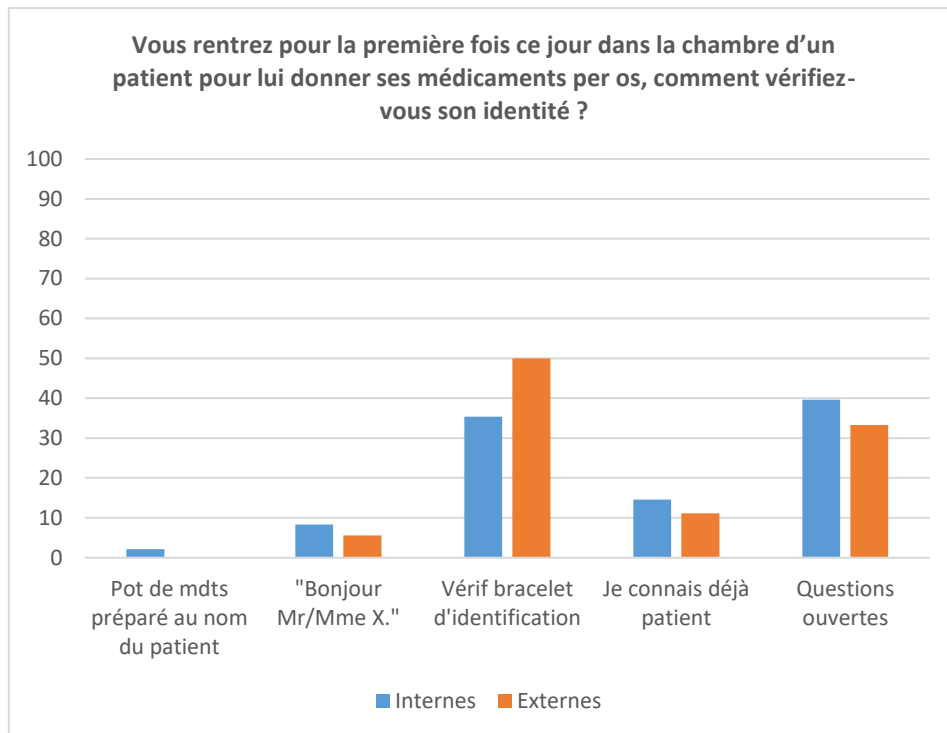


Figure 4 : Taux de réponses (en %) sur la vérification de l'identité du patient. (Q1)

La figure 4 présente tous les résultats obtenus à la première question.

Quand un soignant rencontre pour la première fois le patient, il doit absolument vérifier que le bracelet qu'il porte est le bon bracelet. Pour cela, il doit poser des questions ouvertes au patient afin de connaître certains éléments sur l'identité du patient. Ceci a été correctement énoncé par moins de la moitié des internes (40%) et un tiers des externes (33%).

Sur les questionnaires, des pointillées invitaient les répondants à décrire les éléments à demander au patient pour vérifier correctement son identité. Les répondants devaient noter (pour une bonne réponse) : le nom, le prénom et la date de naissance du patient. Les 40% des internes répondent correctement à cet item. Pour le tiers des externes, la moitié répond exactement ces 3 éléments.

Nous remarquons que la réponse « vérification du bracelet d'identification en le comparant à l'étiquette mise sur le pot de médicament du patient » a été la plus plébiscitée. Plus d'un tiers des internes et la moitié des externes choisit cette réponse.

Cette réponse aurait pu être adéquate si ce n'était pas le premier soin de la journée.

Lorsque nous mettons en commun les réponses inadéquates, c'est-à-dire : « je vérifie l'identité du patient grâce à l'étiquette posé sur son pot de médicaments », « je lui dis bonjour par son nom », « je connais déjà le patient », nous arrivons à un taux de 25% des réponses pour les internes. Un soignant sur 4 ne respecte pas la procédure et met le patient en danger en vérifiant son identité de manière erronée.

En ce qui concerne l'avis des infirmières en chef, l'IC1 précise que cette différence n'est pas flagrante : *« Même dans mon équipe, il y a une différence. Ce n'est pas vraiment en fonction des engagés ou des intérimaires mais des soignants »*. Cependant, elle confirme spontanément que les infirmières de son équipe vérifient l'identité du patient avec leur bracelet et non selon les procédures : *« L'identito-vigilance, je pense que mes infirmières le font, mais pas de façon...pas que ce n'est pas correct mais elles vont aller vérifier le bracelet. [...] c'est fait mais pas de la façon dont on le demande. [...] sur nos feuilles de soins, on a une case et on doit voir si on a vérifié. D'après ce que je vois maintenant, en tout cas sur papier c'est fait, sur le terrain, je ne suis pas toujours là pour le voir. Je n'ai jamais vu une intérimaire le faire par contre »*.

L'IC2 confirme ces résultats par les informations que les nouvelles engagées reçoivent au début de leur formation : *« la nouvelle engagée elle a aussi eu au préalable toutes les informations qu'elle devait avoir et donc elle sait que d'emblée ça fait partie vraiment, c'est institutionnel et donc c'est quelque chose qu'elle doit savoir »*.

Pour la 2^{ème} question, concernant la façon dont les infirmières vérifient l'identité du patient lorsqu'il faut prendre sa glycémie, les résultats obtenus sont similaires à la question précédente. Les internes répondent de manière plus adéquate que les externes ; 42% des internes scannent le bracelet d'identification du patient contre 27% chez les externes. Ce qui permet de dire qu'ils sont nombreux à scanner une étiquette disponible dans le dossier du patient, ce qui est une pratique dangereuse.

En règle générale et confirmé dans un sens par les IC, les internes respectent mieux cette POR que les externes. Toutefois, le respect total des procédures d'indentification du patient tel qu'établi dans le référentiel est rempli par moins de 50% des soignants.

2.2. Prévention et contrôle des infections

Cette pratique a été évaluée au travers de 3 questions ciblant les comportements et la réflexion.

En ce qui concerne l'hygiène des mains, plus de la moitié des infirmières (internes comme externes) estime le moment le plus complexe pour se laver les mains « après contact avec l'environnement du patient ». Cependant, en évaluant le respect de ce moment en considérant leur dernière journée de travail, du côté des internes est de « presque toujours » (hygiène des mains respectée entre 80 à 100% des situations). Du côté des externes, le respect de l'hygiène des mains, d'après les interrogés, est situé entre 60 à 80% des situations.

Pour la question suivante, les résultats obtenus sont représentés dans l'histogramme en figure 5. Plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées.

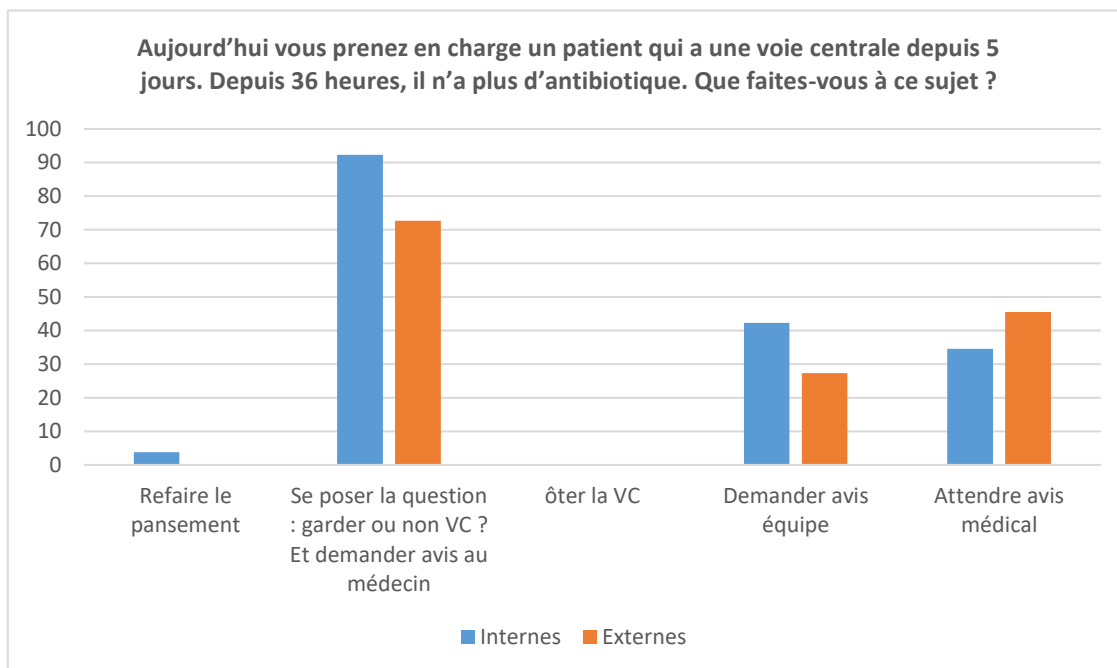


Figure 5 : Taux de réponses (en %) sur la prévention et le contrôle des infections. (Q5)

La majorité des infirmières (internes comme externes) se pose la question de savoir s'il faut garder la voie centrale et demande l'avis au médecin. Un tiers des internes et un peu moins de la moitié des externes attend un avis médical pour ôter la voie centrale du patient.

La loi stipule qu'une infirmière doit avoir un ordre médical pour ôter une voie centrale. Cependant, la réflexion infirmière est déterminante dans une démarche de qualité et de sécurité des soins.

Il est important de souligner que parmi les soignants qui répondent : « attendre avis médical », tous les internes, contrairement aux externes, se posent également la question de l'intérêt de garder ou non la voie centrale.

Cet aspect a été sondé auprès des IC. Toutes les deux affirment que les infirmières de passage se posent moins de questions et ont tendance à simplement exécuter ce qu'on leur demande. Plusieurs causes sont énoncées à ce propos : « Elles osent moins aller vers le médecin. Ça dépend aussi de leur expérience. [...] Si même, elles se posent la question, je pense qu'elles ne vont pas spontanément aller se tourner vers le médecin. [...] Maintenant ça dépend de nouveau de quel type d'intérimaire c'est. » (IC1) ; « Elles se posent moins de questions puisqu'elles viennent un jour ou 2, et si elles viennent 3 alors elles vont commencer à se mettre dans le raisonnement des infirmières du terrain » (IC2).

Lorsqu'un patient est déclaré ayant un micro-organisme (ex : MRSA, VRE, BLSE...), les internes se tournent davantage vers un tableau indiquant les précautions à adopter et agissent en conséquence, à contrario, les externes demandent conseil à leurs collègues. Le comportement à éviter est de mettre automatiquement toutes les précautions, c'est-à-dire : les gants, la blouse, le masque afin d'éviter la surutilisation du matériel. Aucune infirmière n'adopte cette attitude.

En ce qui concerne « la prévention et le contrôle des infections », les infirmières (internes et externes) adoptent des comportements assurant la qualité et la sécurité des soins aux patients. Cependant, la réflexion infirmière est un point supplémentaire observé chez les internes.

2.3. Protection des patients fragiles

Les questions en lien avec cette thématique cherchaient à connaître les précautions prises par les infirmières pour un patient à risque de chute ou un patient présentant des plaies de pression. C'est d'autant plus intéressant à interroger comme dimension que ces soins et préventions sont totalement sous la responsabilité de l'infirmière.

Pour le risque de chute, une question ouverte sur les mesures générales à appliquer dans ce cas a été posée. De ce fait, nous avons reçu des réponses nombreuses et variées. En reprenant les précautions à prendre lors d'un faible et moyen risque de chute, telles qu'énoncées dans l'aide-mémoire et les diverses procédures, seul ¼ des internes répond à un ensemble d'items assurant que le patient est en sécurité. Dans l'énoncé de la question, il est précisé que le patient, transféré d'une autre unité, arrive avec le bracelet rouge sur lequel le risque de chute est identifié. Les infirmières ajoutent à cela, qu'elles baissent le lit du patient, prévoient des chaussettes antidérapantes, placent la sonnette et les objets personnels à portée de main du patient et elles ôtent les objets encombrants. Du côté des externes, les données ne sont pas complètes afin de garantir la sécurité du patient. La réponse revenant le plus souvent de part et d'autre, et étant incorrecte, est : remonter les barrières de lit.

Pour la question suivante, les interrogés devaient confirmer ou non 8 affirmations sur la prise en charge des plaies de pression. Les avis sont partagés pour 3 d'entre elles dont la qualité et la sécurité des soins n'est pas assurée ; ils sont repris en figure 6. Pour les 5 autres affirmations, les infirmières ont pris correctement position (oui/non) afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

Des pointillés à compléter pour des précautions supplémentaires étaient prévus.

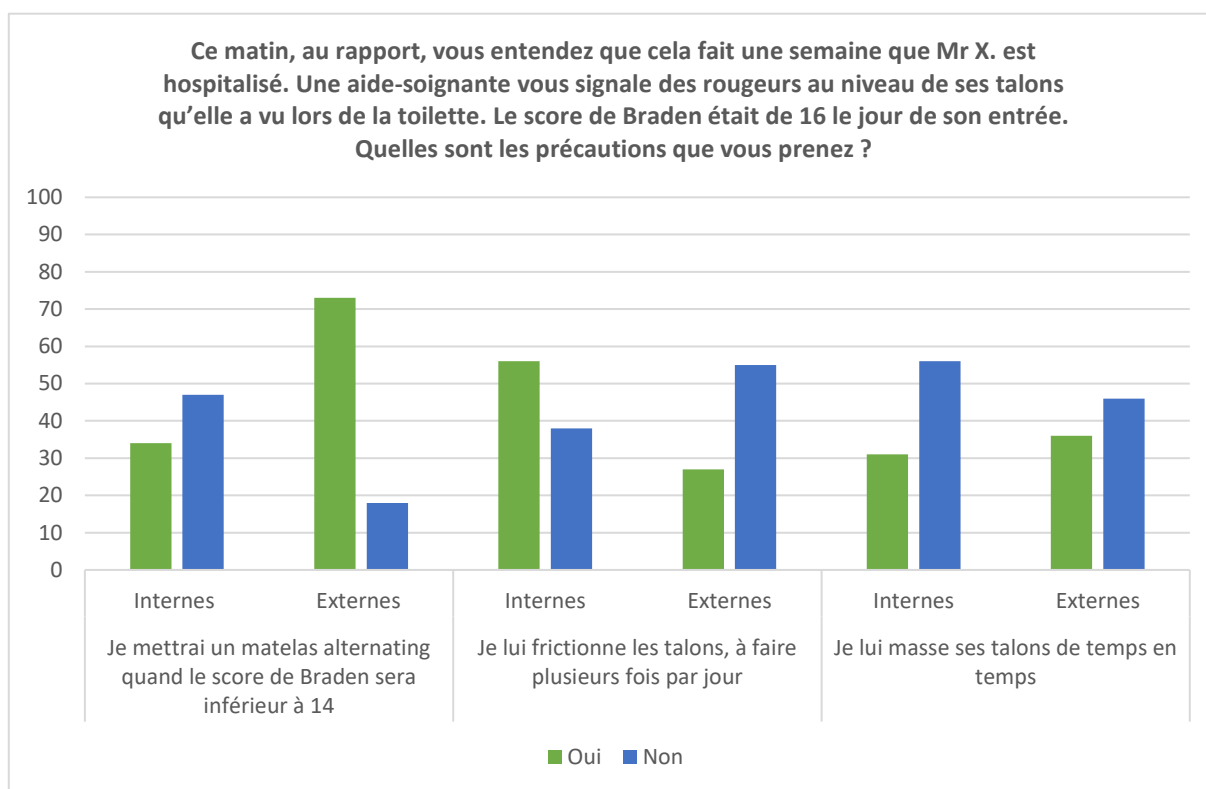


Figure 6 : Taux de réponses (en %) sur la prévention des plaies de pression. (Q8)

Dans les normes de qualité et sécurité, un matelas alternating est placé lorsque le patient présente un score de Braden inférieur à 18. Dans la question, il est précisé que le patient a un score de 16 le jour de son entrée. Presque $\frac{3}{4}$ des externes mettent un matelas alternating une fois que le score sera inférieur à 14. La moitié des internes répondant qu'ils ne mettent pas le matelas, complètent leur réponse en signalant que cela aurait déjà dû être prévu, vu le score de Braden à l'entrée.

Les internes sont plus nombreuses à frictionner les talons du patient, contrairement aux externes. Par contre, les infirmières, tant les internes qu'externes, sont partagées quant aux massages des talons. Elles sont plus nombreuses à ne pas le faire.

Comme précautions supplémentaires et correctes, $\frac{1}{4}$ des internes protégerait les talons au moyen d'un comfeel® (pansement spécial adéquat) et quelques-uns demanderaient un avis diététique. Pour les externes, $\frac{1}{3}$ des réponses données concerne l'avis diététique et $\frac{1}{3}$ réprecise l'importance de la mobilisation du patient.

Pour terminer, le score de Braden est vérifié toutes les semaines selon la majorité des infirmiers (internes et externes). Notons que sur les 11 intérimaires : 1 mesure le score mais précise qu'il ne fait rien en conséquence et 2 intérimaires ne savent pas ce qu'il faut faire pour le score de Braden. Il est donc moins bien intégré par les externes que par les internes.

Ce qui revient dans les entretiens auprès des infirmières en chef est que le calcul de ce score est souvent oublié : « On a beau dire « aujourd'hui on calcule le score de Braden », si c'est des intérimaires, c'est très souvent oublié [...] Mais parfois je suis sûre qu'elles ne savent pas, qu'elles ne connaissent pas, même si elles devraient. Donc je ne pense pas qu'elles vont aller vérifier le score de Braden. » (IC1) ; « L'intérimaire, elle ne va pas forcément faire le score de Braden. La nouvelle engagée, en tout cas elle est au moins sensibilisée à l'échelle. Après, elle ne va peut-être pas le faire systématiquement et qu'on devra être derrière. Mais ça c'est aussi chez le personnel qui est en place, même si on instaure pour dire des jours « tous les lundis, on fait le score de Braden » » (IC2).

A ce niveau-là, cela dépend aussi du type d'intérimaire qui travaille ; si elle est fidélisée ou si elle a de l'expérience, elles acquièrent des réflexes : « Je pense à une intérimaire qu'on a eu il n'y a pas longtemps, qui a acquis des réflexes parce qu'on l'a fidélisé ».

Nous pouvons en conclure que cette POR est insuffisamment maîtrisée par les infirmiers ; ils sont peu nombreux à prendre et à connaître toutes les précautions nécessaires pour protéger les patients fragiles.

2.4. Administration des médicaments

Pour rappel, cette pratique vise à garantir une administration sécuritaire des médicaments aux patients, selon la règle des « 5 B » : le Bon patient, le Bon médicament, la Bonne dose, la Bonne voie, au Bon moment, selon la prescription médicale.

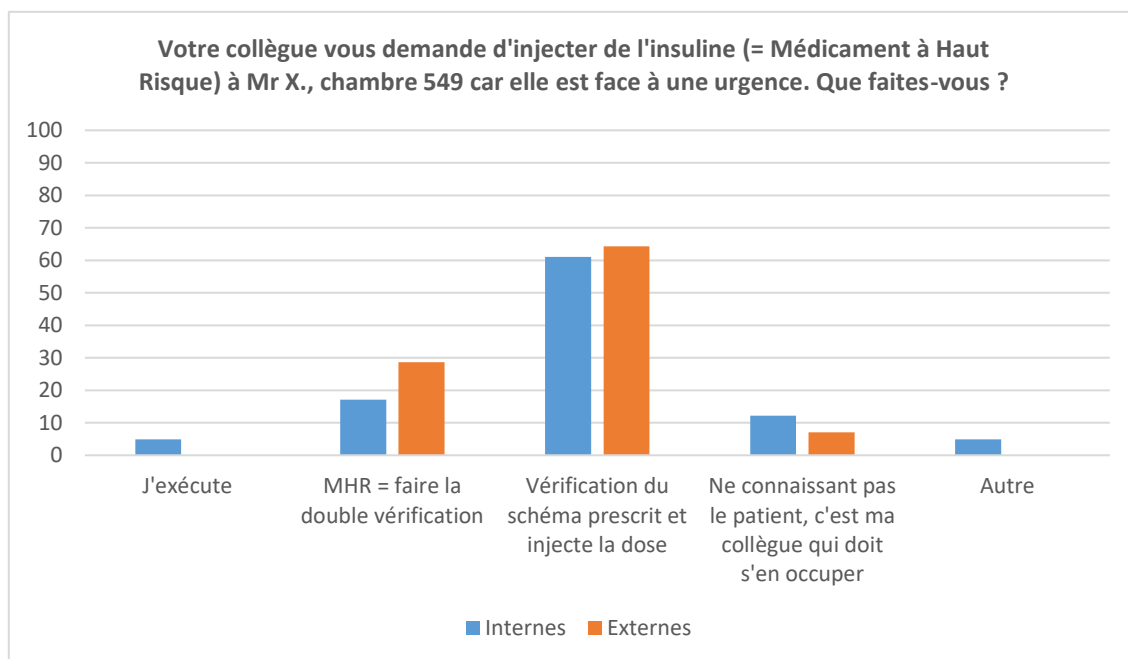


Figure 7 : Taux de réponses (en %) du comportement adopté pour l'administration d'insuline. (Q10)

La figure 7 expose les comportements adoptés par les infirmières. La majorité des infirmières vérifie le schéma prescrit dans l'ordinateur et injecte la dose nécessaire au patient. Il s'agit de la pratique attendue dans cette situation ; pour un MHR, l'attention des soignants doit être augmentée. 20 à 25 % des répondants (internes comme externes) sélectionnent également l'affirmation qui consiste à faire la double vérification. L'insuline est un MHR et indiqué comme tel pour rappeler à l'infirmière de se concentrer tout particulièrement mais ne demande pas de double vérification par 2 soignants différents.

Lorsqu'il s'agit de connaître l'attitude des infirmières face à l'administration d'une poche de transfusion de globules rouges, la quasi-totalité des infirmières fait la double vérification. Les résultats quantitatifs montrent cette attitude chez 91% des internes et 100% des externes. Pour les infirmières en chef : « *La double vérification sera toujours faite, d'office.* » (IC1) ; « *Tout le monde fait la double vérification* » (IC2).

Les réponses suivantes sont données dans l'ordre décroissant (du comportement le plus fréquent au moins fréquent) afin de savoir vers qui les infirmières se tournent pour faire la double vérification si toutes leurs collègues sont fort occupées : pour les internes, elles attendent qu'une collègue se libère (41%), elles demandent au médecin de l'unité (29%) et enfin elles demandent à une collègue de l'unité d'en face (25%). Pour les externes, autant attendent qu'une collègue se libère, que demandent à une collègue de l'unité d'en face (38%). Environ 25% des répondants demandent au médecin de l'unité. Toutes ces pratiques sont adéquates.

Lors des entretiens, il ressort que si les infirmiers sont forts occupés, certes la double vérification sera faite mais les équipes s'arrangent pour le faire à un autre moment. En précisant que dans son service, les transfusions sont toujours programmées, l'IC1 ajoute : « *Je pars du principe, si on sait qu'on va être en difficulté par exemple, l'après-midi on sait qu'on va devoir travailler avec une intérimaire, on va tout faire pour essayer de mettre en route avant. On ne va pas mettre l'intérimaire en difficulté.* » L'IC2 va dans ce sens : « *On a comme principe de ne jamais poser une transfusion à l'arrache donc c'est vraiment une infirmière qui va se poser et qui va faire la transfusion à un moment où elle estime dans son organisation de pouvoir le faire correctement* ».

Au niveau des chiffres, les infirmiers disent se tourner vers d'autres collègues pour faire la double vérification en cas de situation chargée mais le retour des entretiens démontre que l'organisation du travail est réadaptée pour que la double vérification soit faite correctement.

Cette POR est acquise concernant les deux aspects interrogés : l'administration des médicaments se fait de façon sécurisante par les infirmiers, autant par les internes que les externes.

2.5. Déclaration des évènements indésirables

S'assurer que les soignants déclarent les évènements indésirables, qu'ils se sentent en confiance de le déclarer et qu'ils y voient un suivi, est un défi de la culture qualité-sécurité d'un hôpital. Ces situations ont fait l'objet de trois questions différentes.

En théorie, lors d'un événement indésirable (ex : chute d'un patient), les infirmiers (internes et externes), qu'ils soient témoins ou responsables, s'assurent que l'évènement soit déclaré.

En pratique, lorsque nous demandons comment ils se sentent lorsqu'ils doivent déclarer un EI, environ 1/3 des soignants confient ne jamais s'être retrouvé face à un EI (figure 8).

Pour les deux infirmières en chef, quand un patient chute, les internes ont acquis l'automatisme de déclarer cet évènement indésirable. Ce n'est pas le cas pour les intérimaires, si elles ne connaissent pas l'institution, elles ne pensent pas spontanément à déclarer.

D'un côté, l'IC1 nous confie : « *Dès que j'entends qu'il y a une chute, j'interpelle la personne pour savoir si elle a fait un évènement indésirable. [...] Mais spontanément, je ne pense pas qu'on va lui expliquer comment faire (l'EVI), on va le faire à sa place* ». De l'autre côté, l'IC2 nous dit : « *Si l'intérimaire ne le fait pas, elle va de toute façon le transmettre à l'équipe et l'équipe va le faire avec la personne qui a vu la chute, qui a constaté la chute. Mais il y aura un relai. [...] en tout cas elle sera mise à contribution parce que sinon, ça ne sert à rien ; la prochaine fois, elle va revenir, si je ne lui montre pas, elle ne va pas le faire non plus.* » Si l'intérimaire ne le fait pas alors soit c'est l'équipe qui passe après elle pour le faire, soit l'équipe lui montre comment faire.

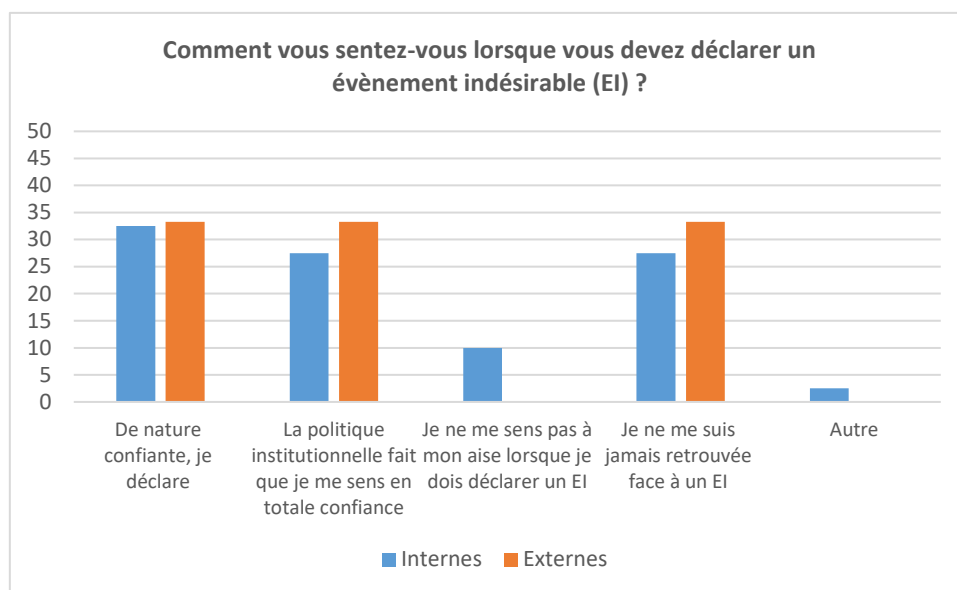


Figure 8 : Taux de réponses (en %) du sentiment face à un EI. (Q13)

La figure 8 nous précise également, qu'à proportion égale des réponses (1/3), les soignants sont de nature confiante et déclarent ou encore que la politique institutionnelle fait qu'ils se sentent en confiance.

10% des internes ne se sentent pas à leur aise lorsqu'ils doivent déclarer un évènement indésirable.

Sur 2/3 des internes ayant déjà eu un évènement indésirable, la moitié a eu un suivi : la majorité des internes ont eu une infirmière qui est montée dans l'unité pour en parler et essayer de comprendre ce qu'il s'était passé. Pour le reste ; soit l'EI a été discuté autour d'une table ronde, soit des moyens ont été mis en place pour que l'évènement ne se reproduise plus. Ces deux dernières situations ont été respectivement rencontrées par les 2 intérimaires (sur les 7 ayant déjà fait face à un EI).

Internes comme externes ont conscience qu'il est important de déclarer un évènement indésirable, ce qui assure la qualité et la sécurité des soins aux patients. Cependant, parmi eux 2/3 se sont réellement retrouvés face à une situation inattendue. Dans ce cas pour la majorité, soit ils sont de nature confiante et déclare, soit la politique institutionnelle les met en confiance pour déclarer. Enfin, un suivi a été constaté pour 1/3 des situations.

2.6. La communication

Le rapport en ISBARR est un procédé standardisé dans toute l'institution pour améliorer et structurer la communication entre les soignants. Nous cherchons à savoir à quelle fréquence l'infirmière applique le rapport en ISBARR lorsque le patient change d'unité, par exemple.

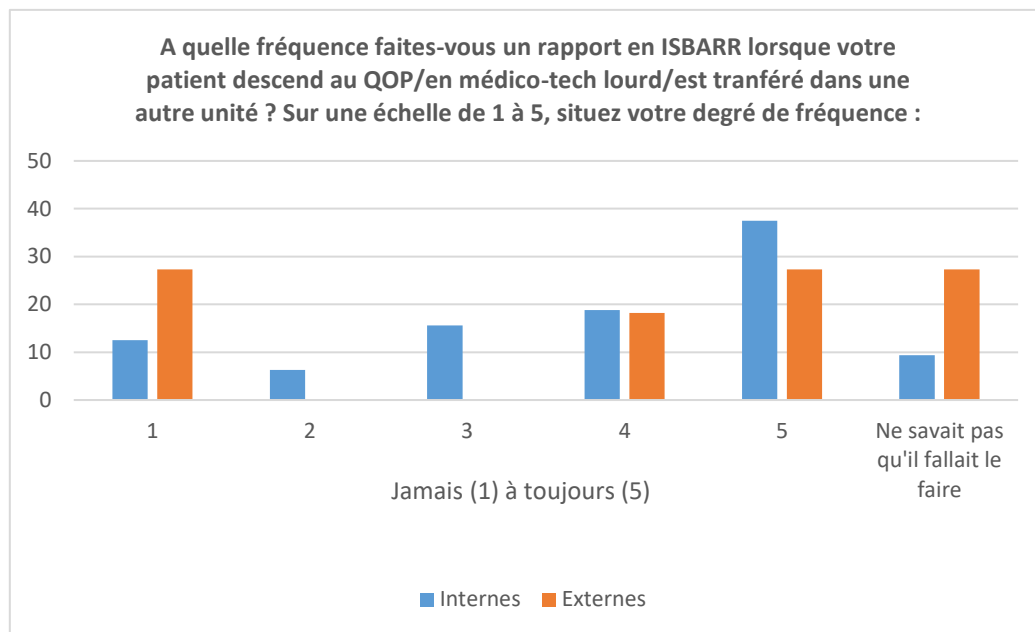


Figure 9 : Taux de réponses (en %) sur la fréquence du rapport en ISBARR. (Q15)

La figure 9 rapporte que pour plus d'un tiers des internes, le rapport ISBARR est fait en grande partie « toujours ». Pour les externes, les taux de réponses sont plus partagés ; plus d'un quart des intérimaires dit ne jamais le faire et un quart le faire toujours. Enfin, un dernier quart ne sait pas qu'il fallait le faire.

En effet, les infirmières en chef affirment que ce sont les internes qui font le rapport en ISBARR la plupart du temps. « *D'office ça fait partie de leur encadrement (des nouvelles engagées), pas des intérimaires. Ça dépend de leur expérience d'intérim en tout cas.* » (IC1) ; « *On ne va peut-être pas laisser faire le rapport en ISBARR par une intérimaire, ce sera plus vite fait par une infirmière de l'équipe parce qu'elle est sensée connaître le patient forcément de long en large.* » (IC2).

En règle générale, les 2 publics-cibles évaluent approximativement de manière identique la qualité de la transmission des informations lors du rapport oral ; de suffisamment bonne à très bonne. En complément, les soignants ajoutent également : « Le rapport oral est complet pour les patients que je ne connais pas encore et que je n'ai pas encore pris en charge ». Ce qui revient à dire, qu'il n'est pas complet pour tous les patients présents dans l'unité, et pour ceux que l'infirmière a déjà pris en charge.

En ce qui concerne les échanges d'informations, les internes et les externes estiment que les transmissions orales sont communiquées de manière à assurer la qualité et la sécurité des soins.

Toutefois, 1 interne sur 4 et 1 externe sur 2 ne font pas le rapport en ISBARR ou ne savait pas qu'il fallait le faire lors d'un transfert de patient.

2.7. Le besoin de sécurité

Le besoin de sécurité qu'un infirmier perçoit lorsqu'il va travailler a un impact sur la sécurité du patient ; un infirmier qui ose demander de l'aide pour un soin ou un renseignement auprès de ses collègues, assurera la sécurité de son patient.

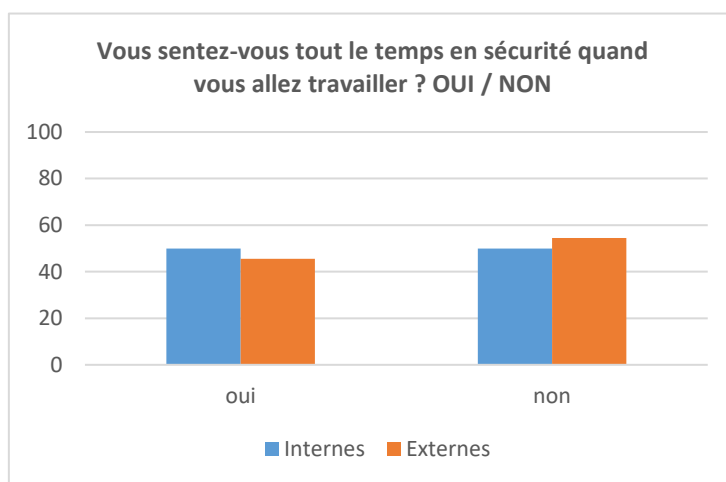


Figure 10 : taux de réponses (en %) sur le sentiment de sécurité. (Q17)

La figure 10 nous indique qu'autant d'internes et d'externes se sentent ou non en sécurité lorsqu'ils vont travailler.

Afin de justifier leur manque de sécurité, le tiers des réponses chez les internes se rapportent à un manque d'information sur les patients ensuite, sur le manque de technique par rapport à des soins spécifiques et ensuite, d'un manque de personnel.

Pour les externes, le manque de sécurité vient autant, du manque de technique face à des soins, qu'un manque de connaissance de certaines unités de soins en elles-mêmes. Les intérimaires précisent également que le manque de sécurité vient d'un manque d'information sur les patients et d'un ressenti personnel : un malaise dans certaines équipes soignantes.

Pour ce dernier point, une infirmière chef précise qu'au niveau de l'accueil des soignants, il y a une part de motivation, d'envie à montrer des 2 côtés (de l'équipe et de l'intérimaire) et qu'il ne faut pas avoir des préjugés sur un service ou sur des personnes : « *S'ils n'ont pas envie d'être là, ils n'ont pas envie... Certains ont des a priori. [...] Mais moi, les gens qui viennent, plus ils vont me poser des questions, au plus je serai attentive à y répondre. [...] Tout le monde est très reconnaissant du travail de l'autre, c'est important* ».

En ce qui concerne l'insécurité que l'infirmier ressent en cas de manque de personnel fixe, une infirmière en chef confirme qu'il y a un impact sur la qualité et la sécurité des soins : « *Au niveau sécurité et qualité des soins c'était très difficile parce qu'elles (infirmières fixes) étaient sollicitées dans tous les sens. Elles devaient répondre à tout le monde pour essayer de combler un peu le manquement qu'il y avait dans les connaissances par rapport à l'appareillage, par rapport aux connaissances infirmières, par rapport aux connaissances médicales et l'organisation du service. [...] Elles devaient se concentrer sur leur travail mais en plus superviser le travail des intérimaires. [...] La sécurité des infirmières, il n'y en a plus et la qualité des soins aux patients il n'y en a pas non plus alors* ».

Le manque de personnel revient dans la réponse à la dernière question : pour $\frac{3}{4}$ des internes et un peu plus de la moitié des intérimaires, le staffing est insuffisant lorsqu'ils vont travailler. Ce qui manque le plus est, du personnel infirmier pour l'ensemble des répondants.

Lorsque les infirmières ont un doute sur un soin à pratiquer, à l'unanimité, elles demandent de l'aide à une collègue. Ensuite, les internes ont davantage tendance à interpellier le médecin, tandis que les intérimaires cherchent l'information quelque part (par exemple sur l'intranet ou dans un carnet de notes personnelles...) pour pouvoir faire le soin.

Nous pouvons en conclure que, malgré l'insécurité ressentie par les infirmiers quand ils vont travailler, due selon eux entre autres à un manque de personnel infirmier, ils vont chercher de l'aide auprès de leurs collègues.

2.8. Le feedback

La question du feedback a été posée seulement auprès des infirmières en chef.

Sachant que dans l'encadrement des nouvelles engagées, un suivi et des évaluations sont prévues, il est intéressant de savoir comment les infirmières en chef approuvent ou non le travail des nouvelles intérimaires.

Quand c'est positif, elles le montrent oralement en leur disant « merci » ou en leur demandant leurs disponibilités, ce qui montre une forme de reconnaissance. « *Si on a passé une bonne matinée et que c'était difficile, eh bien à la fin de la journée, en tout cas à une intérimaire, quand je signe son contrat, je lui dis toujours « merci », toujours.* » (IC1) ; « *Si elle sait que je vais vers elle et que je lui demande des disponibilités, ça veut dire que je suis contente de son travail.* » (IC2).

A l'inverse, quand c'est négatif, l'évaluation se fait essentiellement par écrit auprès de l'agence d'intérim. Les infirmières en chef confient toutes les deux ne pas émettre un jugement après le premier jour seulement.

Les points suivants ont été ajoutés au cours des entretiens :

Si les infirmières en chef doivent évaluer la qualité et la sécurité des soins en comparant une nouvelle engagée et une nouvelle intérimaire ayant commencé au même moment (par exemple après 3 mois), spontanément, elles répondent que la nouvelle engagée sera plus performante. « *En règle générale, je pense que la nouvelle engagée est plus performante parce qu'elle connaît les habitudes du service.* » (IC1) ; « *Une nouvelle engagée sera beaucoup plus posée et performante. Elle va assurer des soins d'une autre qualité qu'une intérimaire ; elle sera beaucoup plus autonome déjà, elle aura déjà eu tout le contexte des pratiques professionnelles en tête, elle travaillera plus vite à ce niveau-là.* » (IC2).

Néanmoins, l'IC1 ajoute que c'est fort variable en fonction des personnes et que les intérimaires apportent leur expérience en allant dans d'autres services.

L'IC2 précise également que les enjeux d'une nouvelle engagée et d'une nouvelle intérimaire sont différents ; la nouvelle engagée sait qu'au bout d'un certain temps elle est évaluée, pour l'intérimaire, cette exigence n'est pas présente...

Enfin, un élément dominant qui est revenu chez les deux infirmières en chef est l'engagement et la motivation professionnelle montrés par l'intérimaire qui vont influencer l'encadrement et l'intégration au sein de l'équipe. « *A partir du moment où une intérimaire s'implique et a envie d'apprendre - c'est pour ça aussi que c'est plus facile avec des intérimés fidélisés, c'est vraiment des gens qui ont envie d'être là, dans l'institution - donc elles s'investissent, nous aussi.* » (IC1) ; « *Avec une intérim, mon engagement à moi, va être différent en fonction de la personne que j'aurai devant moi. [...] On essaye de vraiment accrocher les intérimés quand on voit qu'elles sont motivées, qu'elles en veulent et qu'elles veulent s'intégrer à l'équipe.* » (IC2).

Discussion

Cette partie consiste à expliquer et à interpréter les résultats obtenus. Afin de pouvoir répondre à notre question de recherche, une sous-question avait été relevée : « Existe-t-il une différence au niveau du respect des POR par les nouvelles infirmières intérimaires et les nouvelles engagées ? ».

Dès lors, les résultats obtenus par l'analyse quantitative des questionnaires aux nouvelles infirmières et par l'analyse qualitative des entretiens menés auprès des infirmières en chef nous permettent de répondre à cette question.

Nous vous proposons dans un premier temps, de reprendre les diverses pratiques organisationnelles et d'interpréter les réponses en y apportant nos commentaires et les éléments de la littérature décrits dans le cadre théorique. Ensuite, nous exposerons les forces et les limites de l'étude. Enfin, nous énonçons des perspectives pour la recherche.

1. Interprétation des résultats

En ce qui concerne notre échantillon des nouvelles infirmières engagées (internes), elles sont au début de leur carrière professionnelle et ont bénéficié, dès leur accueil au sein des Cliniques, de formations sur les procédures à respecter dans la prise en charge des patients. C'est un élément qui revient plusieurs fois dans les entretiens auprès des infirmières en chef : les nouvelles engagées ont connaissance des procédures, cela fait partie de leur encadrement.

A l'inverse, notre échantillon des nouvelles intérimaires confie ne pas être au courant des procédures. Comme énoncé dans la partie théorique, l'accréditation des hôpitaux est un concept récent en Belgique, ce qui confirme le peu d'expérience des intérimaires à ce sujet. Cependant, $\frac{3}{4}$ des externes étant mobiles, travaillant dans plusieurs unités de soins différentes, il serait d'autant plus important qu'elles aient une bonne connaissance des normes d'accréditation. Ces normes sont communes à tous les services.

Par ailleurs, les intérimaires interrogées travaillent peu d'heures par mois. En venant occasionnellement, il est difficile pour elles de maintenir leurs compétences et de se maintenir à jour dans les procédures car il y a régulièrement de nouvelles informations.

Pour la POR « identito-vigilance », de manière globale, les infirmiers ne semblent pas encore respecter la vérification de l'identité du patient, telle que la procédure le demande, même si les

internes répondent de manière plus adéquate que les externes. Cela s'explique et c'est confirmé par une infirmière en chef : les internes reçoivent l'information au début de leur formation.

Ce qui est rassurant dans l'analyse est, qu'au cours de la journée, les internes font bien l'identito-vigilance en vérifiant le bracelet d'identification du patient mais les infirmières ne sont pas encore assez sensibilisées par le 1^{er} contact patient de la journée. De plus, étant donné que des études ont montré que des incidents pouvaient avoir lieu dû à des informations erronées sur le bracelet d'identification du patient, il est essentiel de poser des questions ouvertes la 1^{ère} fois qu'une infirmière prend en charge son patient. (28)

Pour « la prévention et le contrôle des infections » cette pratique est aussi bien respectée par les internes que les externes.

Les moments où l'hygiène des mains est le plus difficile à respecter selon les infirmières, c'est-à-dire « avant contact patient » et « après contact environnement du patient » correspondent aux résultats des audits aux CUSL où le respect de ce moment est évalué le plus faible. Cependant, les infirmières confient le faire relativement souvent en évaluant leur dernière journée. Les résultats de la campagne montrent également que les infirmiers sont les plus assidus à l'hygiène des mains. (29,30)

Dans une démarche de qualité des soins, les internes se posent davantage de questions et se tournent plus aisément vers le médecin pour obtenir certaines informations. C'est clairement la valeur ajoutée d'une infirmière par rapport à un autre soignant moins qualifié : grâce à sa démarche réflexive, l'infirmière peut influencer le corps médical pour prendre les meilleures décisions pour le patient. Cette démarche de réflexion est rassurante et déterminante pour favoriser le contrôle et la prévention des infections en hygiène hospitalière et ainsi assurer une qualité et une sécurité des soins. (32) Il y a moins de prise d'initiative chez les infirmières de passage car elles n'ont pas les automatismes des infirmières du terrain. Les infirmières en chef le confirment.

Concernant « la protection des patients fragiles », des lacunes subsistent au niveau de la prise en charge du patient à risque de chute ou présentant des plaies de pression, et cela pour l'ensemble des infirmiers. Trop peu d'infirmiers énoncent assez d'items (questions ouvertes) afin que la sécurité et la qualité des soins soient assurées.

La chute étant l'EI le plus déclaré aux CUSL, les mesures prises pour éviter la chute du patient ont un impact direct sur la qualité et la sécurité. (34) De plus, il est étonnant de voir que le plus haut taux de réponse revient à : « remonter les barrières de lit ». Or, cela ne fait pas partie des critères essentiels à adopter. Cela peut constituer un danger si le patient (par exemple, désorienté) essaie de passer par-dessus. Il convient d'adapter le plan de soin et les interventions en fonction de l'état

de conscience du patient. Il est donc primordial d'informer et d'éduquer le patient au risque de chute afin d'évaluer sa compréhension. (27)

Les infirmières en chef affirment que, pour les plaies de pression, le score de Braden n'est pas fait ou même connu des intérimaires. Cela peut dépendre aussi du niveau d'expérience de l'intérimaire et de son niveau de connaissance des habitudes des services.

Il est important de préciser que pour la question concernant la prise en charge des plaies de pression chez un patient, une affirmation a pu être sujette à interprétation. Pour rappel, il était demandé si les infirmiers allaient placer le patient sur un matelas alternant une fois que son score de Braden serait en dessous de 14. Or à son arrivée, le patient avait déjà un score de Braden de 16, le matelas alternant aurait déjà dû être prévu. Certains internes ont répondu « non » et ont précisé qu'il aurait déjà dû être placé dessus. D'autres ayant répondu « oui » ont peut-être pensé que dans ces circonstances (un score en dessous de 14) le patient doit, en effet, reposer sur un matelas alternant. La question a pu être mal interprétée mais cela n'a pas été relevé lors du pré-test, nous en retirons que la qualité de cette question est à améliorer.

Cependant, si les infirmières ont répondu « non » et qu'elles pensaient qu'il faut associer ce score au jugement clinique et à la pathologie du patient, l'analyse des EI autour des plaies de pression aux CUSL montre que, actuellement, le jugement clinique influence négativement la décision : de nombreuses plaies de pression se développent car l'infirmière estimait son patient peu à risque alors que l'échelle était inférieure à 18.

Les répondants sont partagés quant aux frictions et massages des plaies de pression. En effet, la friction des talons est un sujet qui fait beaucoup parler de lui : cette pratique, enseignée il y a plus de 20 ans, est actuellement à proscrire au vu des différentes recherches. Ce qui est recommandé, est de garder une peau propre, sèche et l'hydrater en douceur (par effleurage). (27)

Les anciennes pratiques semblent encore être dans les comportements des infirmiers, tels que : remonter les barrières de lit, frictionner/masser les plaies de pression...

Concernant « l'administration des médicaments », la POR est aussi bien acquise par les internes que les externes. Les infirmiers assurent des soins sécuritaires en doublant de prudence pour les MHR. Cependant, certains ont répondu que pour un MHR, une double vérification doit être faite. Cela nous semble être une réponse orientée : tout MHR nécessite une double attention de la part de l'infirmier mais la double vérification, par 2 personnes différentes, n'est pas demandée pour tous les MHR dans les pratiques reconnues au sein des Cliniques.

Les infirmiers assurent également la sécurité des soins en faisant la double vérification pour une poche de transfusion. Les infirmiers disent se tourner vers d'autres personnes, comme l'infirmière

de l'unité d'en face ou le médecin pour faire la double vérification si ses collègues sont tous occupés. En effet, il est intéressant de noter que l'infirmière va élargir son périmètre pour valider la transfusion et n'attend pas que sa collègue soit libre. L'appel au médecin de l'unité est une excellente pratique, mais cela reste à être confirmé... En tout cas, pour les externes car dans les entretiens auprès des infirmières en chef, elles s'accordent pour dire que les intérimaires osent moins aller vers l'équipe médicale. De plus, lorsqu'il est demandé aux infirmières où elles vont chercher de l'aide si elles ont un doute sur un soin, elles demandent toutes à leurs collègues. Ensuite, en 2^{ème} position, les internes demandent au médecin, tandis que les externes recherchent elles-mêmes la solution.

Pour la dernière POR « déclaration des événements indésirables », les résultats sont partagés. Certes, sur papier, tous les infirmiers assurent qu'un événement indésirable doit être déclaré mais lorsque nous nous tournons vers les infirmières en chef, elles nous confient que les équipes soignantes prennent souvent le relai pour les intérimaires. Les internes ont reçu les informations sur ce qu'est un événement indésirable et comment le déclarer, cela fait partie de leur formation de base. Ils sont donc en confiance pour déclarer un EI car ils savent aussi qu'il n'y aura pas de sanction et que ça améliore la qualité et la sécurité des soins aux patients. (36) Au contraire, les externes apprennent en travaillant, ils n'ont donc pas de prime abord connaissance de la politique institutionnelle. Et si les équipes soignantes n'expliquent pas aux intérimaires comment il faut faire, ils ne sauront jamais comment déclarer un EI.

Cela rejoint les résultats obtenus pour le rapport en ISBARR. Une intérimaire sur 2 ne le fait jamais ou ne connaît pas cette procédure. Ce sont à nouveau les infirmiers fixes qui communiquent le rapport en ISBARR lors d'un transfert de patient. Cela fait partie de leur formation aux CUSL. Une infirmière en chef préfère que ce soit une interne qui le fasse car elle connaîtrait mieux le patient qu'une intérimaire.

Pour les transmissions orales, il revient que les infirmières estiment qu'il est bien fait pour les patients qu'elles ne connaissent pas encore. Il faut être prudent car à l'analyse des EI, le manque d'informations entre soignants est une variable qui est souvent présente. (24)

De plus, lorsque nous tentons de connaître les raisons d'insécurité chez les infirmières allant travailler, le manque d'informations par rapport aux patients est relevé. La transmission des informations devrait être améliorée pour tous les patients. Sachant également que le « roulement » du personnel soignant perturbe la communication car lorsque plusieurs personnes véhiculent un message, il est important que celui-ci soit le plus précis possible. (38)

Dans les raisons d'insécurité, le manque de technique par rapport aux soins apparaît également. Au regard de notre échantillon de nouvelles engagées, le public est jeune, elles sont au début de leur carrière professionnelle et il est normal de ne pas maîtriser toutes les techniques à la sortie des études. Pour les intérimaires, allant d'unité en unité, elles n'exercent pas forcément les mêmes techniques pour en faire une habitude. Cela est aussi une source d'insécurité : le manque de connaissances par rapport aux unités de soins. Les intérimaires ajoutent qu'un malaise dans certaines équipes est parfois ressenti. Certes une appréhension peut exister quand elles vont pour la première fois dans une unité de soins mais comme le disent les infirmières en chef, il ne faut pas avoir des a priori et l'engagement professionnel doit venir de part et d'autre. Le besoin de sécurité peut dès lors être comblé s'il y a un respect et une reconnaissance du travail de chaque professionnel. (40)

Les infirmières estiment qu'il y a un manque de personnel, et en particulier infirmier, dans les unités de soins. Cela est aussi source d'insécurité. Or, selon le rapport KCE, le ratio moyen patients/infirmier est de 7,8 dans les hôpitaux universitaires. La norme de 8 patients/infirmier est reconnue comme adéquate pour assurer la qualité. Cette étude démontre également que les infirmières réalisent des actes qui n'ont pas besoin de leur expertise au détriment d'autres actes qui en auraient besoin. (14) Le premier sentiment de l'infirmière est de dire qu'il manque du personnel infirmier mais en réalité, il faut du personnel de support afin qu'elles puissent se concentrer sur leurs tâches.

Ce manque de personnel est davantage ressenti par les internes qui voient au quotidien l'aide qui leur manque en fonction de leur charge de travail. Les intérimaires viennent pour subvenir aux besoins des équipes.

Pour terminer, alors que les nouvelles engagées aux CUSL ont une évaluation au bout de 6 mois et un suivi quotidien, les nouvelles intérimaires n'ont pas réellement « d'enjeux » sur le long terme. Quand leur travail est bon, il est reconnu oralement par les infirmières en chef. S'il est mauvais, les retours se font par écrit directement auprès de l'agence d'intérim. Or, un retour clair et précis basé sur les performances de l'employé, va lui permettre d'identifier les domaines où il doit s'améliorer, les comportements à modifier ou encore ses efforts à poursuivre. (41) Ici, les intérimaires n'ont pas connaissance de leurs faiblesses pour les faire grandir, pour les rendre conscientes de la marge de progression.

De tout cela, nous pouvons répondre à notre sous-question de recherche, rappelée en début de discussion. Sur l'ensemble des pratiques organisationnelles requises sauf « la protection des

patients fragiles », la nouvelle engagée a plus de connaissances et assurent une plus grande qualité et sécurité des soins. Les raisons qui l'expliquent sont surtout : un encadrement et un suivi rapproché, des formations et informations sur les procédures institutionnelles à suivre et parfois un engagement professionnel plus fort car l'enjeu est différent pour les nouvelles engagées.

2. Forces de l'étude

Nous arrivons doucement à la fin de cette recherche et nous souhaitons déposer un regard critique sur celle-ci.

Une des forces de cette recherche est que peu d'études sur l'évaluation du travail des nouvelles intérimaires ont été faites. Les questionnaires et les entretiens ont permis de mettre en lumière des lacunes existantes dans les procédures essentielles à assurer pour une qualité et une sécurité des soins aux patients.

Grâce aux questions posées auprès des consultantes de l'agence d'intérim dans le cadre de ce mémoire, l'existence d'une plateforme avec des e-learning destiné aux intérimaires a été découvert.

Le taux de réponse du côté des nouvelles engagées étant élevé, les résultats quantitatifs obtenus sont généralisables. Malgré qu'ils ne le soient pas pour les infirmières intérimaires (taux de réponse trop faible étant une limite de la recherche), la solution d'interroger des infirmières en chef a pu nourrir la comparaison de ces résultats.

Enfin, une bonne partie de la recherche a été menée avant la crise sanitaire du Covid-19 pour laquelle nous avons été confinés. Grâce au respect d'échéances établies au départ, les questionnaires ont pu être distribués et récoltés à temps. Pour la seconde période de la recherche, c'est-à-dire les entrevues avec les infirmières en chef et la promotrice, des méthodes innovantes et virtuelles ont dû être exploitées.

3. Limites de l'étude

Notre recherche présente bien évidemment des limites qui doivent être exposées.

Une des limites principales des enquêtes par questionnaires évaluant les bonnes pratiques, est que les répondants peuvent avoir tendance à choisir « la bonne réponse ». Malgré une introduction se voulant rassurante en garantissant entièrement l'anonymat, ce biais ne peut être totalement ignoré.

Le choix de mener l'enquête auprès des infirmières par des questionnaires papiers, est peut-être une raison du faible taux de réponse du côté des infirmières intérimaires. N'ayant pas leurs coordonnées, elles devaient elles-mêmes dans un premier temps imprimer le questionnaire et le rescanter ou l'apporter au bureau de l'agence. Toutefois, cette méthode a été choisie car les sites internet ne garantissent pas à 100% l'anonymat et ne répondent pas aux normes de RGPD.

Le questionnaire destiné aux infirmières ayant été construit entièrement par la chercheuse en collaboration avec la promotrice, en dépit d'un pré-test effectué auprès de 3 personnes différentes, toutes les erreurs de compréhension n'ont pas pu être détectées (cfr. POR 3 : protection des patients fragiles). De plus, le questionnaire et l'entretien devant être limité au niveau du temps, un choix des questions a dû être fait et tous les aspects de chaque POR n'ont pas pu être envisagés.

A la suite de la retranscription des données des questionnaires, les 2 endroits où les questions étaient ouvertes et demandaient une réflexion et une concentration supplémentaire aux soignants, ces questions ont été le moins bien répondues. Des hypothèses peuvent être émises : un manque de temps pour penser à toutes les précautions nécessaires ? Des précautions qui sont évidentes en pratique mais qui ne viennent pas à l'esprit quand il s'agit de les écrire ?

Seulement 2 entretiens semi-directifs ont été menés afin d'affiner et de compléter la recherche. Les propos recueillis par les 2 infirmières en chef étaient de temps en temps contradictoires, ce qui ne permet pas entièrement d'affirmer ou d'infirmer les résultats quantitatifs. Cependant, en remettant le contexte dans lequel les entretiens ont été menés, il était difficile de solliciter davantage d'autres infirmières en chef ; la crise sanitaire du Covid-19 a fortement mobilisé les soignants.

4. Perspectives

Par la recherche, nous démontrons qu'il y a une marge de progression à entreprendre du côté des intérimaires pour atteindre la qualité et la sécurité des soins du niveau d'accréditation. L'intérim fait et fera toujours partie de l'environnement des institutions de soins. Investir dans leur encadrement « de base » et/ou formation ne sera pas perdu. Maintenant, à qui revient cette charge ; aux hôpitaux ? aux sociétés d'intérim ?

Dans tous les cas, prenons un exemple simple : pour les Pratiques Organisationnelles Requises, un rappel des points essentiels devant être respecté à 100%, pourrait être repris dans un document et confié aux intérimaires lors de leur 1^{er} contrat avec l'agence d'intérim.

Une plateforme avec des e-learning existant déjà, un meilleur suivi des intérimaires sur celle-ci serait approprié. Dans ce sens, une collaboration entre les infirmières en chef et l'agence d'intérim pourrait améliorer le suivi de ces e-learning ; en prenant connaissance des e-learning accessibles sur la plateforme, les infirmières en chef pourraient inciter les intérimaires à les consulter. Toutefois, cela demande un engagement supplémentaire aux infirmières en chef et dans une moindre mesure, aux infirmières intérimaires car celles-ci ont tout intérêt à devenir plus performantes sur terrain.

En ce qui concerne les nouvelles engagées, toutes les pratiques organisationnelles ne sont pas encore respectées à 100%. Cette recherche a été menée uniquement sur les POR qui représentent une petite partie des plus de 3000 critères évalués lors de l'accréditation. Les bonnes pratiques doivent être consolidées et les manquements observés sont des points d'attention pour le prochain processus d'accréditation qui se déroulera en 2022 aux CUSL.

Conclusion

« La qualité et sécurité des soins » est devenue un enjeu majeur pour tous les hôpitaux. Depuis quelques années, il y a une réelle volonté tant des autorités que des gestionnaires d'hôpitaux de démontrer cette qualité. Le processus d'accréditation, processus récent venant d'Amérique, est un élément de preuve et la grande partie des institutions de soins s'engagent dans cet exercice.

Des rapports démontrent que les ressources infirmières sont déterminantes pour assurer la qualité et la sécurité des soins aux patients. Pourtant celles-ci se font rares, d'autant plus à l'heure actuelle, au vu de l'année blanche due au passage des études de 3 à 4 ans.

Afin de subvenir à la charge de travail des infirmières, les hôpitaux se tournent vers les agences d'intérim. Ces ressources sont-elles cependant aussi qualitatives que les soignants sous contrat avec l'institution ? C'est ainsi que nous avons identifié notre question de recherche principale.

Les Cliniques universitaires Saint-Luc s'inscrivant dans la démarche d'accréditation en ayant obtenu l'ACI en février 2019 et collaborant avec de nombreux soignants intérimaires, cet hôpital est représentatif afin de mener l'étude. Pour interroger les soignants concernés (nouvelles infirmières engagées et intérimaires), nous avons eu recours aux 5 Pratiques Organisationnelles Requises incontournables des CUSL et à 3 autres thématiques ayant toutes un impact sur la qualité et la sécurité des soins aux patients. Nous avons enrichi notre regard par une interview auprès d'infirmières en chef.

Par l'analyse des pratiques organisationnelles, nous pouvons conclure que, de manière générale, les nouvelles engagées assurent des soins plus qualitatifs et sécuritaires que les nouvelles intérimaires. En ce qui concerne « la protection des patients fragiles » où le résultat est moins flagrant, les infirmières en chef ont permis d'affirmer que les nouvelles engagées sont plus alertes au niveau du score de Braden que les intérimaires.

D'autres POR sont aussi bien répondues par les intérimaires que les engagés mais, par l'expérience des infirmières en chef, nous apprenons que le travail est plus souvent variable d'une infirmière intérimaire à l'autre. En effet, dès le premier jour, les nouvelles engagées bénéficient d'un encadrement et d'informations sur l'institution et les pratiques organisationnelles. Elles sont parrainées pendant plusieurs semaines et ensuite évaluées, tandis que les intérimaires n'ont pas d'accueil spécifique. Ces dernières se forment et assimilent les pratiques recommandées lors de leurs prestations dans les différentes unités de soins. Chaque US qui fait appel aux intérimaires,

leur confie la prise en charge des soins ou des patients de façon différente, suite à la complexité des soins, la charge de travail ou encore le manque de personnel fixe. Malgré tout, les infirmières en chef, responsables de leurs équipes, veillent à revoir et réadapter l'organisation du travail en fonction des intérimaires, afin de ne pas mettre leur équipe en insécurité ou pour éviter de repasser derrière le travail de l'intérimaire.

Une nouvelle engagée semble plus performante qu'une nouvelle intérimaire car cette première est rapidement formée aux pratiques de base de son unité de soins et peut ainsi se perfectionner dans sa prise en charge globale du patient. Bien que l'intérimaire acquière de l'expérience en tournant dans les unités de soins, elle présente des lacunes au niveau des pratiques organisationnelles, qui sont la base de la qualité et la sécurité des soins. Une amélioration des connaissances à ce sujet doit être renforcée. Les intérimaires pourraient donc s'améliorer moyennant des formations.

L'accréditation des hôpitaux, ayant démarré en Belgique seulement depuis quelques années, il est normal que les agences d'intérim suivent le mouvement après les institutions de soins. Mais le processus d'accréditation, s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue et se renouvelant tous les 3 ans (prochainement en 2022 pour les Cliniques universitaires Saint-Luc), il serait approprié de conscientiser les intérimaires sur les procédures et, pour les nouveaux engagés, de consolider ces pratiques dans leurs habitudes.

Enfin, si la recherche a donc permis de mettre en évidence les éléments précédents, en tant que chercheuse, une information reçue d'une infirmière en chef me semble nécessaire d'être mise en avant : « *être reconnaissant du travail de l'autre est très important dans une équipe pluridisciplinaire* ». La formation continue est essentielle, l'aspect humain est capital pour assurer des soins sécuritaires et qualitatifs. La reconnaissance de chaque professionnel, que ce soit les aides-logistiques, les aides-soignants, les intérimaires ou les nouveaux engagés au sein de l'équipe soignante est déterminante pour des soins efficaces.

Bibliographie

- (1) Bury, J., Delmotte, N., Fima, O., Gainvorste, D., Goossens, A., Herbaux, D., Jacquerye, A., Mélotte, L., Laurent, M., Lecocq, D., Zandecki, N. (2013). L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil [pdf]. Repéré à l'URL : https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=4063
- (2) Service Public Fédéral belge. (2019). Données phares dans les soins de santé. Hôpitaux généraux [pdf]. Repéré à l'URL : https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/Donne%CC%81es_Phares_Soins_de_sante%CC%81_2019_pdf.pdf
- (3) Health Belgium. (2018). Programme Pay for Performance 2018 pour les hôpitaux généraux. [pdf]. Repéré à l'URL : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/note_daccompagnement_p4p_24_avril_2018_1.pdf
- (4) Actualités : Accréditation platine pour les Cliniques universitaires Saint-Luc. (2019, mars). Consulté le 7 novembre 2019, repéré à l'URL : <https://www.saintluc.be/actualites/news.php?n=13193>
- (5) Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation : the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*. 2015 Jul 23;15:280. doi: 10.1186/s12913-015-0933-x.
- (6) Braithwaite J, Westbrook J, Johnston B, Clark S, Brandon M, Banks M, Hughes C, Greenfield D, Pawsey M, Corbett A, Georgiou A, Callen J, Ovretveit J, Pope C, Suñol R, Shaw C, Debono D, Westbrook M, Hinchcliff R, Moldovan M. Strengthening organizational performance through accreditation research-a framework for twelve interrelated studies : the ACCREDIT project study protocol. *BMC Research Notes*. 2011 Oct 9;4:390. doi: 10.1186/1756-0500-4-390.
- (7) Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS). (2016). L'accréditation des hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles. [Présentation PowerPoint]. Repéré à l'URL : http://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/intensivisten/L_accréditation_des_hopitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf
- (8) Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS). (2014). L'accréditation des hôpitaux en Belgique. [Présentation PowerPoint].

- Repéré à l'URL : <https://fnib.be/wp-content/uploads/congres2014-Laccr%C3%A9ditation-des-h%C3%B4pitaux-en-Belgique-FNIB.pdf>
- (9) Gévert, M. L'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier : une recherche exploratoire. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2019. Prom : Louiset, Mathieu.
<http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:18786>
 - (10) Agentschap zorg en gezondheid. (s. d.). Kwaliteit in algemene ziekenhuizen. Consulté le 20 novembre 2019, repéré à l'URL :
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteit-in-algemene-ziekenhuizen>
 - (11) Circulaire du Service public de Wallonie du 28 août 2013 fixant le Plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers. (2013). Direction générale opérationnelle des pouvoirs locaux, de l'action sociale et de la santé, Namur.
 - (12) Service Public de Wallonie Economie. (2013). Plan Marshall 2022 – Premières étapes de mise en œuvre [pdf]. Repéré à l'URL :
<http://economie.wallonie.be/sites/default/files/pm2022-1eresetapesmisesenoeuvres.pdf>
 - (13) Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS). (s. d.). A propos PAQS. Consulté le 28 janvier 2020, repéré à l'URL :
<https://www.paqs.be/fr-BE/A-propos/PAQS>
 - (14) Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus – Synthèse. *Health Services Research* (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325Bs. D/2019/10.273/73.
 - (15) PlanCad Infirmiers 2016, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, janvier 2019.
 - (16) Mahieu T., Miermans P-J., Horn M., Lardennois M., Pieters J., Van Herp H., Verdin V., Steinberg P., Facon P., Auwers T. (2018). Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique 2018. Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, mai 2019.
 - (17) Express Medical. (s. d.). Qui sont les infirmiers et les infirmières de demain ? Consulté le 7 novembre 2019, repéré à l'URL : <https://www.expressmedical.be/fr/table-ronde-2019>
 - (18) Newmedia, R. T. L. (s. d.). La Belgique en proie à une pénurie d'infirmières « aggravée » dans les prochaines années ? Consulté le 5 novembre 2019, à l'adresse RTL Info website

- : <https://www.rtl.be/info/belgique/societe/la-belgique-en-proie-a-une-penurie-d-infirmieres-aggravee-dans-les-prochaines-annees--1005494.aspx>
- (19) Fabregas, B. (2006). Pratique en intérim, pour un exercice de qualité. *Soins* Vol 51, N° 709-SUP, p.4. Doi : SOIN-10-2006-00-709-S-0038-0814-101019-200606858.
 - (20) Bonvin, A-C. (2009). Types de stress vécus au quotidien par les infirmières intérimaires et celles des services lorsqu'un remplacement est effectué et gestion de ce stress. [Mémoire de diplôme HES]. Haute Ecole de Santé Valais, Suisse.
 - (21) Département stratégie et développement des CUSL (2019). Les niveaux d'accréditation de l'ACI. Recueil inédit, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique.
 - (22) Desrosiers G., Langlois P-E., Salette H. La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale [Mémoire du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone SIDIIEF]. Montréal (Québec) ; 2015.
 - (23) Organisation mondiale de la santé. (2009). International Classification for Patient Safety (ICPS). [pdf]. Repéré à l'URL : https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_statement_of_purpose.pdf?ua=1
 - (24) Alvarez, L. (2019). WFSP2231 : Démarche EBN/EBP, la qualité et la sécurité des soins. [Présentation PowerPoint]. Faculté de santé publique, UCLouvain, Belgique.
 - (25) Six Domains of Health Care Quality. Content last reviewed November 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
 - (26) Durbecq, J., Vanoverschelde, J-L. (2019). Interview rapport qualité et sécurité. Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique. Repéré à l'URL : <http://www.rapport-saintluc.be/interview-du-pr-jean-louis-vanoverschelde-et-de-jo%C3%ABlle-durbecq>
 - (27) Cliniques universitaires Saint-Luc (2018). Qualité et sécurité – Aide-mémoire. Guide créé à l'attention du personnel des Cliniques universitaires Saint-Luc. Référentiel ACI, référence CQI-DSQ-084-1.0
 - (28) Groupe de travail Identito-vigilance. Guide pour l'implémentation d'une politique d'identito-vigilance en milieu hospitalier dans le cadre du programme pluriannuel 2013-2017, Bruxelles, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 2017.
 - (29) H. De Pauw, N. Benhammadi, N. Shodu, B. Catry. Résultats de la 8e campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2018-2019 64p. Disponible en ligne : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/sciensano_resultats_campagne_nationale_hdm_2018_2019.pdf

- (30) Durbecq, J., Département infirmier (2017). Résultats campagnes nationales sur l'hygiène des mains. Recueil inédit, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique.
- (31) Lopard, E. (2018). Les complications des voies veineuses. Repéré à l'URL : <https://www.macsfr.fr/Responsabilite-professionnelle/Actes-de-soins-et-technique-medicale/voies-veineuses#1>
- (32) Chapados, C., Audétat, M-C., Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière* vol.11, n°1, pp. 37-40.
- (33) Prévenir les chutes et les blessures. Brochure à l'attention des patients et de leur famille. (2018) Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique. Repéré à l'URL : <https://www.saintluc.be/brochures-information-patients/brochures/commu-dsq-004-01-chutes-adulte.pdf>
- (34) Durbecq, J., Département infirmier (2019). Les EI aux CUSL en termes de fréquence pour l'année 2019. Recueil inédit, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique.
- (35) National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media : Perth, Australia ; 2014.
- (36) Guyonnet, J-P. (2017). Déclarer un évènement indésirable associé aux soins, une responsabilité professionnelle du soignant tiraillée entre éthique, morale et juridique. *Éthique et santé* vol.14, issue 3, pp.164-173.
- (37) Meurens, P., Thunus, S. (2020). WFSP2260 : Management humain et comportement organisationnel. [Présentation PowerPoint]. Faculté de santé publique, UCLouvain, Belgique.
- (38) Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins* vol.40, pp. 39-48.
- (39) Ruelle, C. (2017). Quels sont les leviers de la motivation selon la théorie des besoins de Maslow ? *Editions Tissot*. Repéré à l'URL, <https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/quels-sont-les-leviers-de-la-motivation-selon-la-theorie-des-besoins-de-maslow>
- (40) La qualité des soins nécessite la sécurité des soignants. (s. d.). Consulté le 15 avril 2020, repéré à l'URL : <http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/QUALITE/QUALITE%20SECURITE%20SOIGNANTS.pdf>
- (41) Weitzel, S.R. (2008). Un feedback constructif : comment présenter et faire passer votre message ? *Guides « Transformer les idées en action »*. pp.7-13. Center for Creative Leadership. North Carolina.

- (42) Dall’Ora, C., Maruotti, A., et Griffiths, P. (2019). Temporary Staffing and Patient Death in Acute Care Hospitals: A Retrospective Longitudinal Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 2020; 52:2, 210–216. Doi:10.1111/jnu.12537.
- (43) Degryse, JM. (2019). WFSP2105 : Introduction à l’épidémiologie et à la démographie. [Présentation PowerPoint]. Faculté de santé publique, UCLouvain, Belgique.
- (44) Aujoulat, I. (2019). WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. [Présentation PowerPoint]. Faculté de santé publique, UCLouvain, Belgique.
- (45) Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l’article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d’infirmier en chef (J.O. 13 juillet 2006).

Annexes

Annexe 1 : Taux moyens intérimaires/infirmiers salariés aux CUSL

Les taux moyens par mois de l'année 2019, des infirmières intérimaires/infirmières salariées :

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
2,8%	2,5%	3,2%	2,7%	2,7%	3,5%
Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
3,5%	3,9%	4,0%	3,8%	4,5%	4,8%

Le détail par unité de soins entre janvier 2019 et décembre 2019 :

Unité	Taux	Unité	Taux
GYNECOLOGIE	8,66%	PNEUMO/GASTRO U73	2,54%
GASTRO-ENTEROLOGIE U83	8,94%	MIG U44	1,57%
ONCOLOGIE/RADIOTHE U51	9,44%	CHIR ET TRANSPL ABDO U22	1,55%
CHIR ORTHO U31	7,05%	NEPHRO DIALYSE	2,76%
CHIR CARDIAQUE U62	7,02%	CVI 1	1,82%
STOMATO/CHIR MAXILLO-FAC	11,31%	PEDIATRIE >2ANS U82	1,33%
CHIR ABDO U54	5,76%	RADIOTHERAPIE	1,30%
PERS.CURO PR SALLE D'OP.	7,78%	OBSTETRIQUE/ENDO GYN	1,28%
NEUROLOGIE U34	10,33%	ANESTHESIOLOGIE	1,73%
US RHUMATO/ENDO/ONCO R71	6,77%	CHIR PLASTIQUE	1,37%
EQUIPE MOBILE IRA II	4,99%	SP-LOCOMOTEURS UA2	1,41%
CONSULT PEDIATRIE	5,70%	US GERIATRIE R24	1,08%
PLATEAU 95 R95	4,56%	CHIR ABDO U53	1,52%
HEMATOLOGIE ADULTE U52	4,35%	OBSTETRIQUE U11	0,87%
CH ORTHOP U32	5,47%	HOP JOUR HEMATOL PED	0,84%
PSYCHO-PATHOLOGIES U21	4,47%	CVI 2	1,20%
CHAMBRES ASEPTIQUES U56	4,40%	PATHOL DIGEST PED U92	0,85%
CARDIOLOGIE U64	3,83%	QO-SECT.HOSPIDAY	0,76%
CATHETERISME ADULTE	3,21%	QO-SECT.CARDIO	0,98%
QO-SECT.VISCERAL	3,64%	US MEDECINE PHYSIQUE R477	0,75%
TOMODENSITOMETRIE	2,98%	OBSTETRIQUE U12	0,45%
ORL/UHI U74	3,34%	NEONATOLOGIE U96	1,35%
CTA -U42	2,96%	SIM	0,42%
NEUROCHIR/STOMATO U72	2,81%	PEDIATRIE >2ANS U81	1,38%
EQUIPE MOBILE	2,83%	PEDIATRIE CARDIO-VASC U85	0,32%
NEURO/NEPHRO U33	4,38%	QO-SECT.ORTHO	1,64%
URGENCES UN D'OBSERVATION	3,24%	FIV	0,31%
CARDIOLOGIE U63	2,50%	SIT	0,24%
EQUIPE MOBILE NUIT	3,27%	TRAUMATO SAL PLATRE	0,23%
CHIR CARDIAQUE U61	3,08%	PEDIATRIE <2ANS U91	0,50%
GERIATRIE AIGUE	1,92%	SOINS CONTINUS UA0	0,15%
MIG/HEMATO U43	2,61%		

Annexe 2 : Questionnaire pour les externes

Bonjour,

Je m'appelle Sophie Werquin et je suis en 2^{ème} année du master en santé publique.

Les Cliniques universitaires Saint-Luc ont obtenu l'Accréditation en février 2019.

La qualité des ressources soignantes est un élément clé pour maintenir ce niveau. A l'heure où celles-ci viennent à manquer, les équipes font appel à un plus grand nombre d'intérimaires pour les renforcer.

Est-ce que cela a un impact sur la qualité des soins ?

C'est la question que je me pose dans le cadre de ma recherche. Etant **moi-même intérimaire**, je suis particulièrement intéressée par la réponse.

Vous exercez aux Cliniques depuis moins d'un an. C'est pourquoi, je vous ai choisi, en tant que « nouvel intérimaire », pour répondre à ce questionnaire. J'aimerais connaître vos habitudes de pratique infirmière dans les services.

Je vous assure de l'entièreté de l'anonymat : il n'y a donc aucune « bonne ou mauvaise » réponse, si ce n'est celle qui est la plus sincère possible 😊 (dans le but de rendre cette étude la plus objective). Vous auriez peut-être envie de répondre tel qu'il est recommandé dans les procédures, mais je vous invite vraiment à me donner le maximum de votre vécu.

La durée de l'enquête est estimée à **15 minutes** environ. Merci de me consacrer ce temps.

Pouvez-vous remplir ce questionnaire pour **le 9 février** au plus tard, le renvoyer complété à Nathalie Matolet (nathalie.matolet@expressmedical.be) qui me le renverra anonymement OU le glisser dans une enveloppe à mon nom (Sophie Werquin) et le déposer au « in house » dans la boîte aux lettres présente à l'entrée.

Il sera traité uniquement par mes soins.

Votre aide m'est précieuse. Je compte sur vous.

Je vous remercie pour votre participation,

Sophie Werquin

Pour bien répondre à ce questionnaire, quelques informations :

1. Plusieurs bonnes réponses sont souvent possibles. Si tel est le cas, n'hésitez pas à cocher celles que vous estimez adéquates.
2. Pour les réponses avec seulement un OUI / NON : entourez la réponse qui vous convient.
3. Quelques questions sont ouvertes : merci de compléter par une réponse courte mais précise.
4. Si des questions ciblent une habitude particulière, répondez de manière à ce que l'affirmation convienne à la majeure partie des unités où vous avez travaillé.
5. N'hésitez jamais à rajouter des commentaires / des propositions.

- **Généralités**

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- ☐ < 25 ans
- ☐ 26-30 ans
- ☐ 31-40 ans
- ☐ 41-50 ans
- ☐ > 50 ans

2. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

3. Allez-vous dans plusieurs unités à Saint-Luc ? OUI / NON (= seulement une)

4. Depuis combien d'années êtes-vous intérimaire (en général) ?

A Saint-Luc, spécifiquement ?

5. A combien d'heures estimez-vous votre activité en 2019 aux Cliniques Saint-Luc ?

- ☐ De 0 à 25 % soit max 38H/mois = 1 semaine de travail/mois
- ☐ De 26 à 50% soit jusque 76H/mois = 2 semaines de travail/mois
- ☐ De 50 à 75%
- ☐ > à 75%
- ☐ Autre : merci de préciser le nombre d'heures prestées et depuis combien de semaines

6. Exercez-vous votre activité d'intérimaire dans d'autres hôpitaux que les Cliniques universitaires Saint-Luc ? OUI / NON

7. Avant de travailler comme intérimaire à Saint-Luc, avez-vous été informé des procédures d'Accréditation ? OUI / NON

En quoi consistait cette information ?.....

8. Comment êtes-vous tenu au courant des nouvelles procédures ?.....

9. Comment maintenez-vous vous à jour des « best practices » ?

- ☐ Je suis une formation tous les ans à ce sujet.
Pouvez-vous me donner un exemple ?.....
- ☐ Dans les différentes unités où je travaille, je reçois les informations.
- ☐ Je les découvre au hasard lorsque je travaille.
- ☐ Autre :

- **Question spécifiques**

1. Vous rentrez pour la **première fois ce jour** dans la chambre d'un patient pour lui donner ses médicaments per os, comment vérifiez-vous son identité ?

- ☐ Grâce aux médicaments préparés dans un petit pot au nom de Mr X. lit A.
- ☐ En lui donnant le pot de médicaments, je dis : « Bonjour Mr X., voici vos médicaments ».
- ☐ Je prends son bracelet d'identification et le compare à l'étiquette mise sur son pot de médicament.
- ☐ Je sais qui il est parce que ça fait plusieurs jours que je le soigne.
- ☐ Je lui pose des questions ouvertes afin de connaître certains éléments.
Lesquels ? (veuillez les lister svp) :
- ☐ Autre :

2. Lorsque vous prenez la **glycémie** d'un patient, comment vérifiez-vous son identité ?

- ☐ Je scanne une étiquette disponible dans le dossier du patient.
- ☐ Je scanne le bracelet d'identification du patient.
- ☐ Parfois je scanne l'étiquette du patient, parfois je scanne son bracelet.
- ☐ Autre :

3. Parmi les 5 moments où il faut se laver les mains, quel est celui qui est **le plus compliqué à respecter** pour vous ?

- ☐ Avant contact patient
- ☐ Après contact patient
- ☐ Avant acte propre / invasif
- ☐ Après exposition à des liquides biologiques
- ☐ Après contact avec l'environnement du patient

4. Si vous devez considérer votre dernière journée de travail, à combien **évaluez-vous le respect** du moment qui est le plus compliqué à effectuer ?

- ☐ Je le fais presque toujours, c'est-à-dire dans 80% à 100% des situations.
- ☐ Je le fais régulièrement, c'est-à-dire dans 60% à 80% des situations.
- ☐ Je le fais peu souvent, c'est-à-dire dans 40% à 60% des situations.
- ☐ Je le fais rarement, c'est-à-dire dans moins de 40% des situations.
- ☐ Autre :

5. Aujourd'hui vous prenez en charge un patient qui a une **voie centrale** depuis 5 jours. Depuis 36 heures, il n'a plus d'antibiotique. Que faites-vous à ce sujet ?

- ☐ Je refais le pansement de la voie centrale.
- ☐ Je me pose la question de garder cette voie centrale et demande l'avis au médecin.
- ☐ Je décide de retirer la voie centrale.
- ☐ J'en discuterai au rapport pour avoir l'avis de l'équipe.
- ☐ J'attends un avis médical pour retirer la voie centrale.
- ☐ Autre :

6. Si un nouveau patient est déclaré **VRE** (*vancomycin-resistant Enterococcus*) **positif**, que faites-vous ?

- ☐ Je demande à mes collègues quelles sont les précautions à prendre.
- ☐ Il y a un tableau dans l'unité qui indique clairement ce que je dois faire, je le consulte et agis en conséquence.
- ☐ Je ne connais pas bien l'unité et ses habitudes donc je préfère mettre la « totale » (gants, blouse, masque).
- ☐ Je sais ce qu'il faut faire au vu du nombre d'isolement qu'il y a dans l'unité.
- ☐ Je ne sais pas mais je cherche la procédure.
- ☐ Autre :

7. Un patient est transféré dans votre unité et est **à risque de chute**. Il arrive avec un **bracelet rouge**. Que faites-vous ?

.....

.....

.....

8. Ce matin, au rapport, vous entendez que cela fait une semaine que Mr X. est hospitalisé. Une aide-soignante vous signale des **rougeurs au niveau de ses talons** qu'elle a vu lors de la toilette. Le score de Braden était de 16 le jour de son entrée. Quelles sont les précautions que vous prenez ?

A) Je fais une transmission ciblée. OUI / NON

B) Je veille à mobiliser mon patient plusieurs fois par jour. OUI / NON

C) Je mettrai un matelas alternant quand le score de Braden sera inférieur à 14. OUI / NON

D) Je lui frictionne les talons et rappelle à l'équipe qu'il faut le faire plusieurs fois par jour. OUI / NON

E) Je superpose plusieurs alèses que je place sous ses talons. OUI / NON

F) Je mets ses talons en décharge. OUI / NON

G) Je lui masse ses talons de temps en temps. OUI / NON

H) Je place des coldpack sous ses talons. OUI / NON

I) Quelles sont les autres précautions que vous prenez ?

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

9. Selon les pratiques de l'unité dans laquelle vous travaillez, que faites-vous en ce qui concerne le **score de Braden** ?

☐ Nous vérifions le score de Braden toutes les semaines.

☐ Nous mesurons le Braden mais nous ne faisons rien en conséquence.

☐ Je ne sais pas ce qu'il faut faire.

☐ Autre :

10. Votre collègue vous demande d'injecter de l'**insuline** (= MHR : Médicament à Haut Risque) à Mr X., chambre 549 car elle est face à une urgence. Que faites-vous ?

☐ J'exécute ce qu'elle m'a demandé.

☐ Il s'agit d'un MHR, je dois faire la double vérification avec ma collègue.

☐ Je vérifie le schéma prescrit pour le patient dans l'ordinateur et lui injecte sa dose.

☐ Etant donné que je ne connais pas ce patient, je dis à ma collègue que je préfère qu'elle s'en occupe.

☐ Autre :

11. Vous devez mettre une 2^{ème} poche de **transfusion** de globules rouges à un patient. Vous savez que vous devez faire la double vérification mais toutes vos collègues sont forts occupées. Que faites-vous ?

☐ J'attends qu'une collègue se libère.

☐ Je viens de faire la 1^{ère} poche avec une collègue, la 2^{ème} étant identique, je transfuse.

☐ Je vois qu'une collègue de l'unité d'en face est libre, je lui demande de le faire avec moi.

☐ Je vois le médecin de l'unité, je lui demande de faire la double vérification avec moi.

☐ Nous transfusions tellement dans notre unité que nous ne savons pas respecter cette procédure.

☐ Autre :

12. Vous êtes témoin d'un **évènement indésirable** (EI) (ex : chute d'un patient) qui s'est passé dans l'unité où vous travaillez, que faites-vous ?

A) Je m'assure que quelqu'un de l'équipe le déclare. OUI / NON

B) Etant donné que ma collègue a peur qu'il y ait une sanction, je vais le déclarer pour elle. OUI / NON

C) Je ne me suis pas occupée de ce patient, ce n'est donc pas à moi de le déclarer. OUI / NON

D) J'attends de voir si l'EI a une conséquence qui porte préjudice au patient pour déclarer l'évènement. OUI / NON

E) Autre :

13. Comment vous **sentez-vous** lorsque vous devez déclarer un évènement indésirable (EI) ?

- ☐ De nature confiante, je déclare.
- ☐ La politique institutionnelle fait que je me sens en totale confiance.
- ☐ Je ne me sens pas à mon aise lorsque je dois déclarer un EI.
- ☐ Je ne me suis jamais retrouvé face à un évènement indésirable.
- ☐ Autre :

14. Avez-vous déjà eu un **suivi** d'un évènement indésirable (EI) ? OUI / NON – Que s'est-il passé ?

- ☐ Nous en avons parlé autour d'une table ronde.
- ☐ Une infirmière est montée pour nous en parler et essayer de comprendre ce qu'il s'est passé.
- ☐ Nous avons mis des moyens en place pour que cela ne se reproduise plus.
- ☐ Il n'y a pas eu de suivi.
- ☐ Autre :

15. A quelle **fréquence** faites-vous un **rapport en ISBARR** lorsque votre patient descend au QOP / en médico-tech lourd / est transféré dans une autre unité ?

Sur une échelle de 1 à 5, situez votre degré de fréquence :

- ☐ Jamais ①②③④⑤ Toujours
- ☐ Je ne savais pas qu'il fallait le faire.
- ☐ Autre :

16. De manière générale, comment estimez-vous la **qualité des informations** que vous recevez pour prendre en charge les patients ? Et sur une échelle de 1 à 5, situez votre degré de satisfaction de la qualité des informations :

- ☐ Insuffisante ①②③④⑤ Très bonne
- ☐ Le rapport oral est toujours très complet et structuré pour tous les patients.
- ☐ Le rapport oral est complet pour les patients que je ne connais pas encore et que je n'ai pas encore pris en charge.
- ☐ Le rapport oral est incomplet de manière générale car je peux consulter moi-même les informations concernant les patients.
- ☐ Le rapport oral est incomplet mais puisque je ne viens pas régulièrement dans l'unité, je ne dis rien.
- ☐ Autre :

17. Vous sentez-vous tout le temps en **sécurité** quand vous allez travailler ? OUI / NON

Si non : pourquoi ?

- ☐ Il me manque parfois des informations sur les patients.
- ☐ Je manque de technique par rapport à des soins spécifiques.
- ☐ Je me sens obligé de faire certains soins que je ne maîtrise pas totalement.
- ☐ Je ne me sens pas toujours à l'aise dans l'équipe soignante.
- ☐ Je ne connais pas bien certaines unités.
- ☐ Autre :

18. Si vous avez un **doute** sur un soin à pratiquer, que faites-vous ?

A) J'interpelle le médecin. OUI / NON

B) Je demande de l'aide à une collègue. OUI / NON

C) Je demande qu'une collègue le fasse à ma place. OUI / NON

D) Je vais chercher la technique/l'information quelque part (internet, carnet personnel...) et me lance pour le faire seul(e). OUI / NON

E) Autre :

19. En général, estimez-vous que **le staffing** (aides-soignantes, infirmières, AIA...) est suffisant lorsque vous travaillez ? OUI / NON

Si non : que manque-t-il ?

Un grand **MERCI** !

Pour toute demande d'information, voici mon adresse mail :
sophie.werquin@student.uclouvain.be

Annexe 3 : Questionnaire pour les internes

Bonjour,

Je m'appelle Sophie Werquin et je suis en 2^{ème} année du master en santé publique.

Les Cliniques universitaires Saint-Luc ont obtenu l'Accréditation en février 2019.

La qualité des ressources soignantes est un élément clé pour maintenir ce niveau. A l'heure où celles-ci viennent à manquer, les équipes font appel à un plus grand nombre d'intérimaires pour les renforcer.

Est-ce que cela a un impact sur la qualité des soins ?

C'est la question que je me pose dans le cadre de ma recherche. Etant moi-même intérimaire, je suis particulièrement intéressée par la réponse.

Vous exercez aux Cliniques depuis moins d'un an. C'est pourquoi, je vous ai choisi, en tant que « nouvel engagé », pour répondre à ce questionnaire. J'aimerais connaître vos habitudes de pratique infirmière dans votre service.

Je vous assure de l'entièreté de l'anonymat : il n'y a donc aucune « bonne ou mauvaise » réponse, si ce n'est celle qui est la plus sincère possible 😊 (dans le but de rendre cette étude la plus objective). Vous auriez peut-être envie de répondre tel qu'il est recommandé dans les procédures, mais je vous invite vraiment à me donner le maximum de votre vécu.

La durée de l'enquête est estimée à **15 minutes** environ. Merci de me consacrer ce temps.

Pouvez-vous remplir ce questionnaire pour **fin janvier** au plus tard, le glisser dans l'enveloppe jointe et je passerai dans le **30 et/ou 31 janvier** avec une boîte scellée pour le récupérer.

Il sera traité uniquement par mes soins.

Votre aide m'est précieuse. Je compte sur vous.

Je vous remercie pour votre participation,

Sophie Werquin

Pour bien répondre à ce questionnaire, quelques informations :

1. Plusieurs bonnes réponses sont souvent possibles. Si tel est le cas, n'hésitez pas à cocher celles que vous estimez adéquates.
2. Pour les réponses avec seulement un OUI / NON : entourez la réponse qui vous convient.
3. Quelques questions sont ouvertes : merci de compléter par une réponse courte mais précise.
4. Si des questions ne sont pas applicables à votre service, veuillez le notifier sous la question avec la raison générale.
5. N'hésitez jamais à rajouter des commentaires / des propositions.

- **Généralités**

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- ☐ < 25 ans
- ☐ 26-30 ans
- ☐ 31-40 ans
- ☐ 41-50 ans
- ☐ > 50 ans

2. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

3. Quelle est votre durée contractuelle ?

- ☐ ≤ à 50%
- ☐ de > 50% à 75%
- ☐ > 75%

4. Avant de travailler à Saint-Luc, avez-vous exercé ailleurs ? OUI / NON

Si oui, était-ce dans un hôpital accrédité ?

- ☐ OUI / NON
- ☐ En cours d'accréditation
- ☐ Je ne sais pas

- **Questions spécifiques**

1. Vous rentrez pour **la première fois ce jour** dans la chambre d'un patient pour lui donner ses médicaments per os, comment vérifiez-vous son identité ?

- ☐ Grâce aux médicaments préparés dans un petit pot au nom de Mr X. lit A.
- ☐ En lui donnant le pot de médicaments, je dis : « Bonjour Mr X., voici vos médicaments ».
- ☐ Je prends son bracelet d'identification et le compare à l'étiquette mise sur son pot de médicament.
- ☐ Je sais qui il est parce que ça fait plusieurs jours que je le soigne.
- ☐ Je lui pose des questions ouvertes afin de connaître certains éléments.
Lesquels ? (veuillez les lister svp) :
- ☐ Autre :

2. Lorsque vous prenez la **glycémie** d'un patient, comment vérifiez-vous son identité ?

- ☐ Je scanne une étiquette disponible dans le dossier du patient.
- ☐ Je scanne le bracelet d'identification du patient.
- ☐ Parfois je scanne l'étiquette du patient, parfois je scanne son bracelet.
- ☐ Autre :

3. Parmi les 5 moments où il faut se laver les mains, quel est celui qui est **le plus compliqué à respecter** pour vous ?

- ☐ Avant contact patient
- ☐ Après contact patient
- ☐ Avant acte propre / invasif
- ☐ Après exposition à des liquides biologiques
- ☐ Après contact avec l'environnement du patient

4. Si vous devez considérer votre dernière journée de travail, à combien **évaluez-vous le respect** du moment où se laver les mains à la SHA, est le plus compliqué à effectuer ?

- ☐ Je le fais presque toujours, c'est-à-dire dans 80% à 100% des situations.
- ☐ Je le fais régulièrement, c'est-à-dire dans 60% à 80% des situations.
- ☐ Je le fais peu souvent, c'est-à-dire dans 40% à 60% des situations.
- ☐ Je le fais rarement, c'est-à-dire dans moins de 40% des situations.
- ☐ Autre :

5. Aujourd'hui vous prenez en charge un patient qui a une **voie centrale** depuis 5 jours. Depuis 36 heures, il n'a plus d'antibiotique. Que faites-vous à ce sujet ?

- ☐ Je refais le pansement de la voie centrale.
- ☐ Je me pose la question de garder cette voie centrale et demande l'avis au médecin.
- ☐ Je décide de retirer la voie centrale.
- ☐ J'en discuterai au rapport pour avoir l'avis de l'équipe.
- ☐ J'attends un avis médical pour retirer la voie centrale.
- ☐ Autre :

6. Si un nouveau patient est déclaré **VRE** (*vancomycin-resistant Enterococcus*) **positif**, que faites-vous ?

- ☐ Je demande à mes collègues quelles sont les précautions à prendre.
- ☐ Il y a un tableau dans l'unité qui indique clairement ce que je dois faire, je le consulte et agis en conséquence.
- ☐ Je ne connais pas bien l'unité et ses habitudes donc je préfère mettre la « totale » (gants, blouse, masque).
- ☐ Je sais ce qu'il faut faire au vu du nombre d'isolement qu'il y a dans l'unité.
- ☐ Je ne sais pas mais je cherche la procédure.
- ☐ Autre :

7. Un patient est transféré dans votre unité et est à **risque de chute**. Il arrive avec un **bracelet rouge**. Que faites-vous ?

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

8. Ce matin, au rapport, vous entendez que cela fait une semaine que Mr X. est hospitalisé. Une aide-soignante vous signale des **rougeurs au niveau de ses talons** qu'elle a vu lors de la toilette. Le score de Braden était de 16 le jour de son entrée. Quelles sont les précautions que vous prenez ?

- A) Je fais une transmission ciblée. OUI / NON
- B) Je veille à mobiliser mon patient plusieurs fois par jour. OUI / NON
- C) Je mettrai un matelas alternant quand le score de Braden sera inférieur à 14. OUI / NON
- D) Je lui frictionne les talons et rappelle à l'équipe qu'il faut le faire plusieurs fois par jour. OUI / NON
- E) Je superpose plusieurs alèses que je place sous ses talons. OUI / NON
- F) Je mets ses talons en décharge. OUI / NON
- G) Je lui masse ses talons de temps en temps. OUI / NON
- H) Je place des coldpack sous ses talons. OUI / NON
- I) Quelles sont les autres précautions que vous prenez ?

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

9. Selon les pratiques de l'unité dans laquelle vous travaillez, que faites-vous en ce qui concerne le **score de Braden** ?

- ☐ Nous vérifions le score de Braden toutes les semaines.
- ☐ Nous mesurons le Braden mais nous ne faisons rien en conséquence.
- ☐ Je ne sais pas ce qu'il faut faire.
- ☐ Autre :

10. Votre collègue vous demande d'injecter de l'**insuline** (= MHR : Médicament à Haut Risque) à Mr X., chambre 549 car elle est face à une urgence. Que faites-vous ?

- ☐ J'exécute ce qu'elle m'a demandé.
- ☐ Il s'agit d'un MHR, je dois faire la double vérification avec ma collègue.
- ☐ Je vérifie le schéma prescrit pour le patient dans l'ordinateur et lui injecte sa dose.
- ☐ Etant donné que je ne connais pas ce patient, je dis à ma collègue que je préfère qu'elle s'en occupe.
- ☐ Autre :

11. Vous devez mettre une 2^{ème} poche de **transfusion** de globules rouges à un patient. Vous savez que vous devez faire la double vérification mais toutes vos collègues sont très occupées. Que faites-vous ?

- ☐ J'attends qu'une collègue se libère.
- ☐ Je viens de faire la 1^{ère} poche avec une collègue, la 2^{ème} étant identique, je transfuse.
- ☐ Je vois qu'une collègue de l'unité d'en face est libre, je lui demande de le faire avec moi.
- ☐ Je vois le médecin de l'unité, je lui demande de faire la double vérification avec moi.
- ☐ Nous transfusions tellement dans notre unité que nous ne savons pas respecter cette procédure.
- ☐ Autre :

12. Vous êtes témoin d'un **évènement indésirable** (EI) (ex : chute d'un patient) qui s'est passé dans l'unité où vous travaillez, que faites-vous ?

A) Je m'assure que quelqu'un de l'équipe le déclare. OUI / NON

B) Etant donné que ma collègue a peur qu'il y ait une sanction, je vais le déclarer pour elle. OUI / NON

C) Je ne me suis pas occupé de ce patient, ce n'est donc pas à moi de le déclarer. OUI / NON

D) J'attends de voir si l'EI a une conséquence qui porte préjudice au patient pour déclarer l'évènement.
OUI / NON

E) Il y a tellement de chutes dans notre unité, que nous ne déclarons pas tout. OUI / NON

F) Autre :

13. Comment vous **sentez-vous** lorsque vous devez déclarer un évènement indésirable (EI) ?

- ☐ De nature confiante, je déclare.
- ☐ La politique institutionnelle fait que je me sens en totale confiance.
- ☐ Je ne me sens pas à mon aise lorsque je dois déclarer un EI.
- ☐ Je ne me suis jamais retrouvé face à un évènement indésirable.
- ☐ Autre :

14. Avez-vous déjà eu un **suivi** d'un évènement indésirable (EI) ? OUI / NON – Que s'est-il passé ?

- ☐ Nous en avons parlé autour d'une table ronde.
- ☐ Une infirmière est montée pour nous en parler et essayer de comprendre ce qu'il s'est passé.
- ☐ Nous avons mis des moyens en place pour que cela ne se reproduise plus.
- ☐ Il n'y a pas eu de suivi.
- ☐ Autre :

15. A quelle **fréquence** faites-vous un **rapport en ISBARR** lorsque votre patient descend au QOP / en médico-tech lourd / est transféré dans une autre unité ?

Sur une échelle de 1 à 5, situez votre degré de fréquence :

- ☐ Jamais ①②③④⑤ Toujours
- ☐ Je ne savais pas qu'il fallait le faire.
- ☐ Autre :

16. Vous revenez d'une semaine de congé, comment **estimez-vous la qualité** des informations que vous recevez pour prendre en charge les patients ? Et sur une échelle de 1 à 5, situez votre degré de satisfaction de la qualité des informations :

- ☐ Insuffisante ①②③④⑤ Très bonne
- ☐ Le rapport oral est toujours très complet et structuré pour tous les patients.
- ☐ Le rapport oral est complet pour les patients que je ne connais pas encore et que je n'ai pas encore pris en charge.
- ☐ Le rapport oral est incomplet de manière générale car je peux consulter moi-même les informations concernant les patients.
- ☐ Autre :

17. Vous sentez-vous tout le temps en **sécurité** quand vous allez travailler ? OUI / NON

Si non : Pourquoi ?

- ☐ Il me manque parfois des informations sur les patients.
- ☐ Je manque de technique par rapport à des soins spécifiques.
- ☐ Je me sens obligé de faire certains soins que je ne maîtrise pas totalement.
- ☐ Je ne me sens pas toujours à l'aise dans mon équipe soignante.
- ☐ Autre :

18. Si vous avez un **doute** sur un soin à pratiquer, que faites-vous ?

A) J'interpelle le médecin. OUI / NON

B) Je demande de l'aide à une collègue. OUI / NON

C) Je demande qu'une collègue le fasse à ma place. OUI / NON

D) Je vais chercher la technique/l'information quelque part (internet, carnet personnel...) et me lance pour le faire seul(e). OUI / NON

E) Autre :

19. En général, estimez-vous que **le staffing** (aides-soignantes, infirmières, AIA...) est suffisant lorsque vous travaillez ? OUI / NON

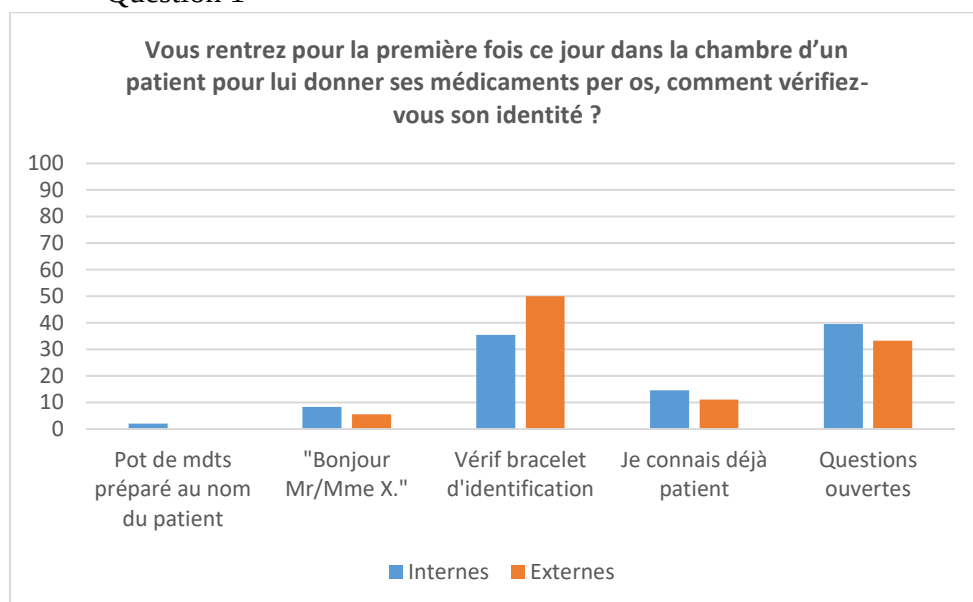
Si non : que manque-t-il ?.....

Un grand **MERCI** !

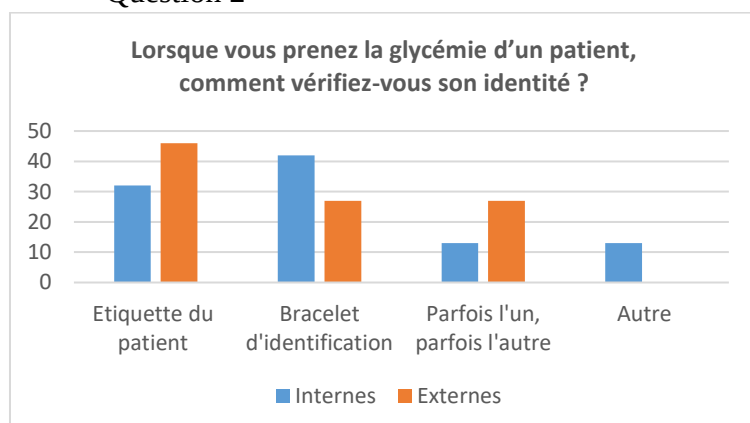
Pour toute demande d'information, voici mon adresse mail :
sophie.werquin@student.uclouvain.be

Annexe 4 : Résultats quantitatifs (en %)

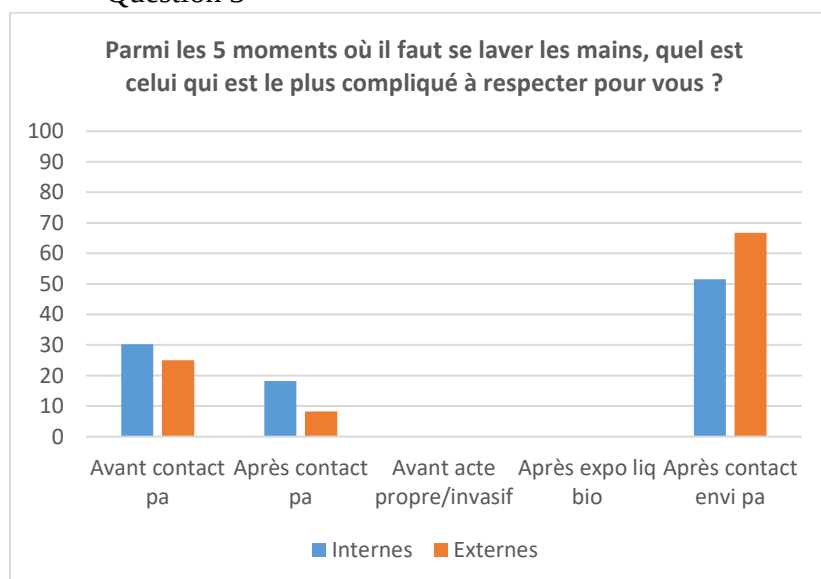
• Question 1



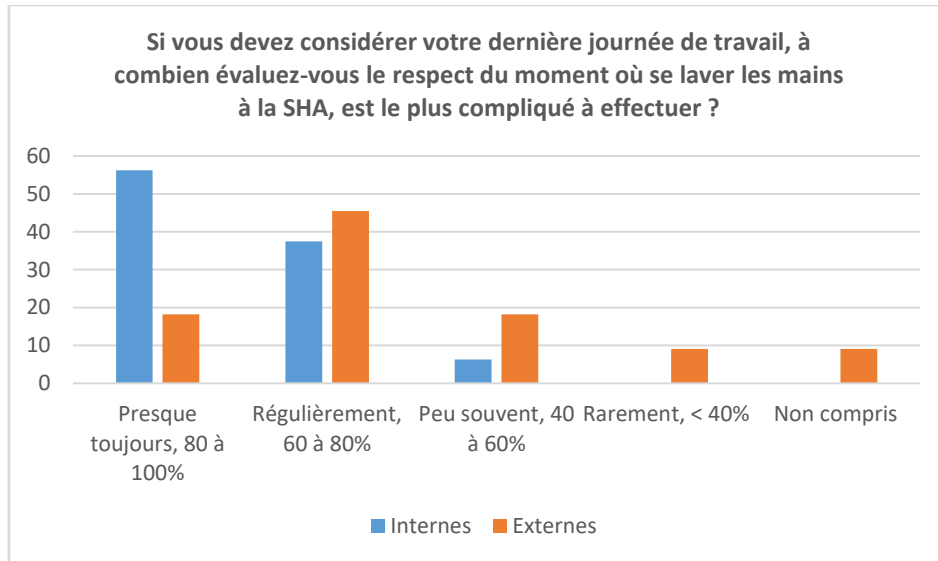
• Question 2



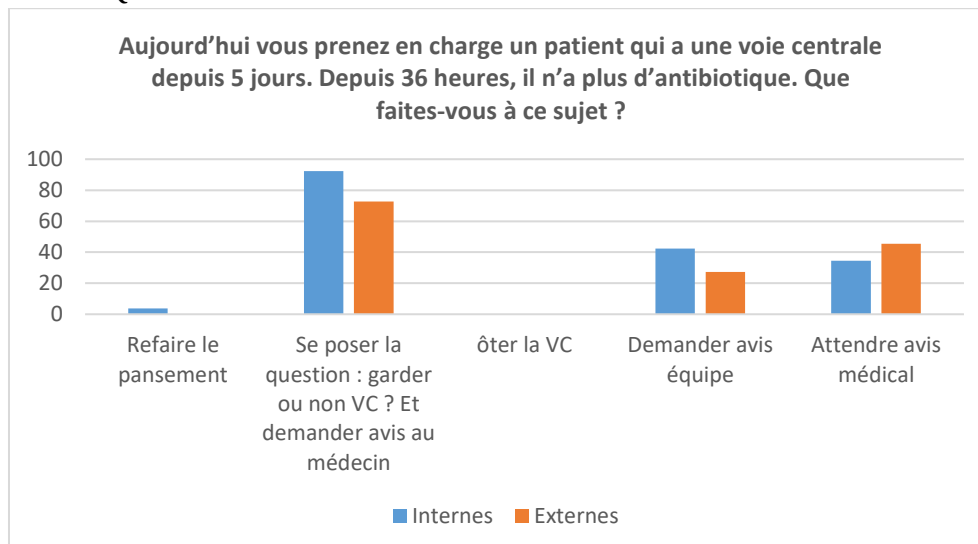
• Question 3



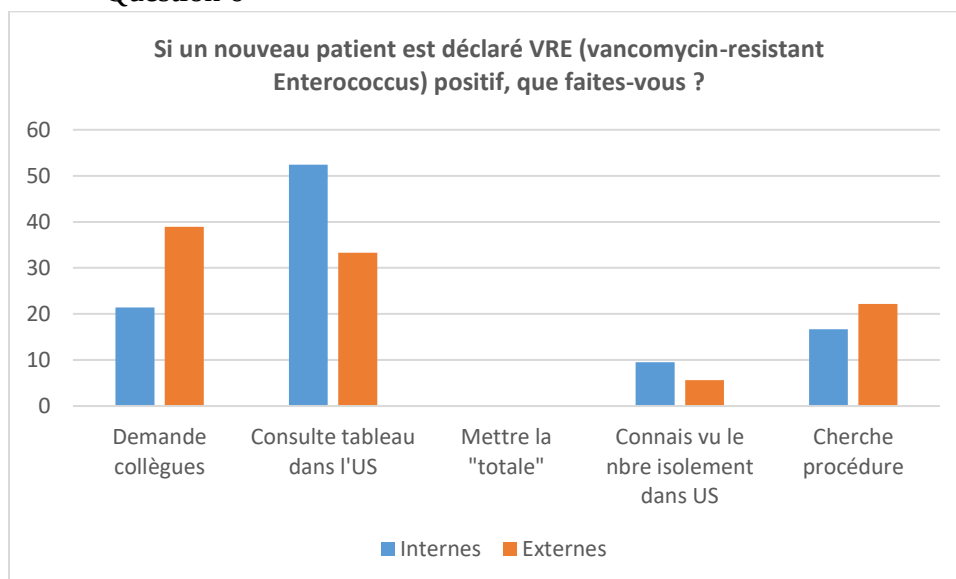
- Question 4



- Question 5



- Question 6

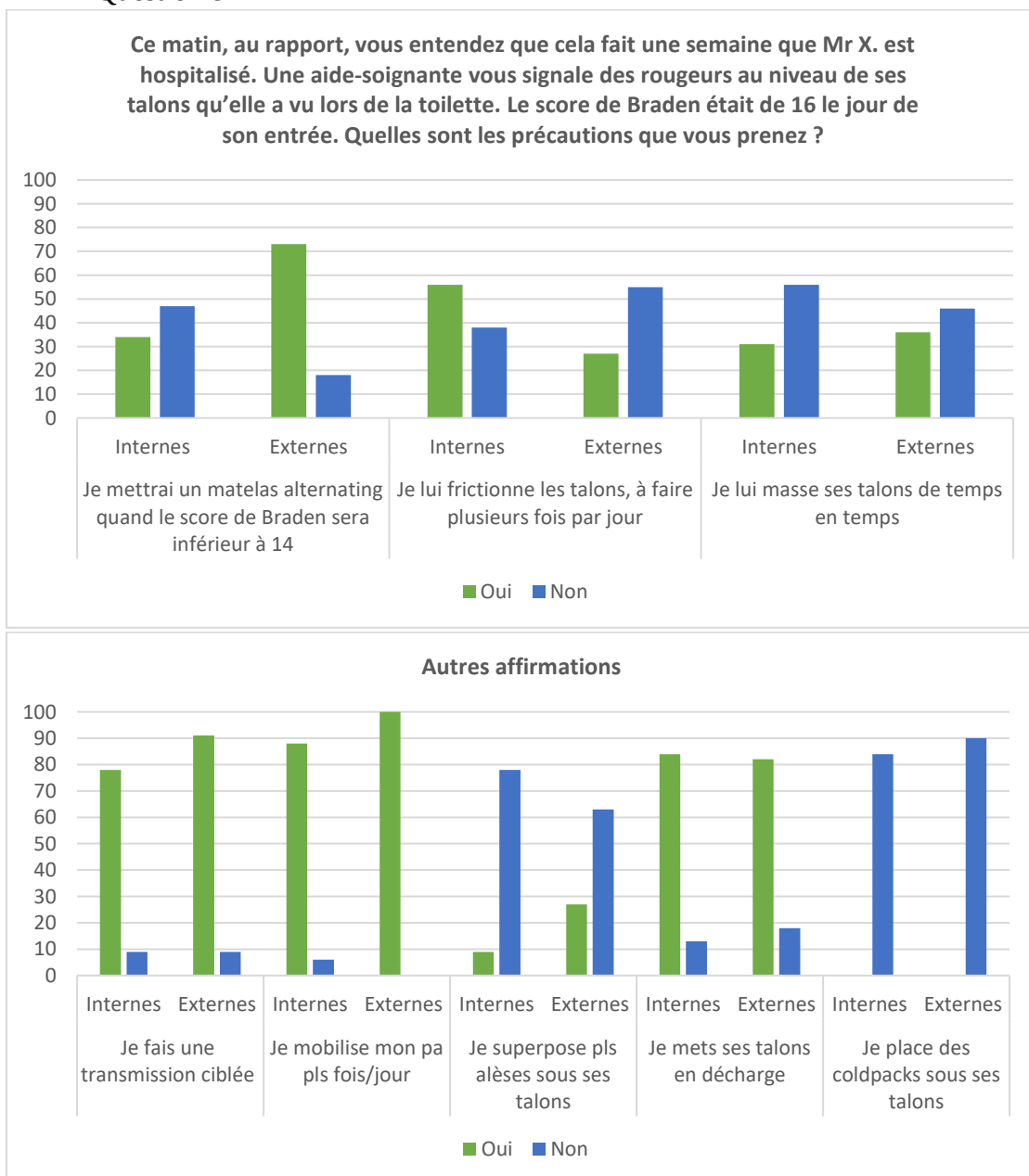


- Question 7

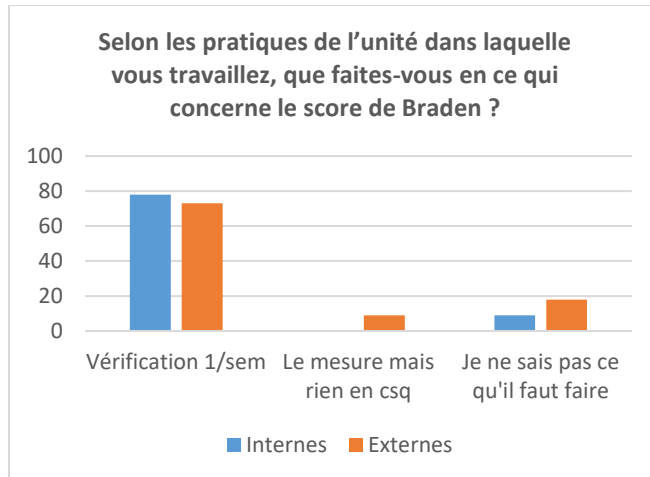
Un patient est transféré dans votre unité et est à risque de chute. Il arrive avec un bracelet rouge.
Que faites-vous ? (Question ouverte)

Actions	Internes	Externes
Lit au plus bas	25%	10%
Chaussettes antidérapantes	21%	0%
Sonnette à disposition	25%	33%
Objets perso à disposition	14%	20%
Ôter objets encombrants	25%	15%
Appel si déplacements	7%	50%
Echelle de Morse	25%	20%
Monter barrières de lit	43%	50%

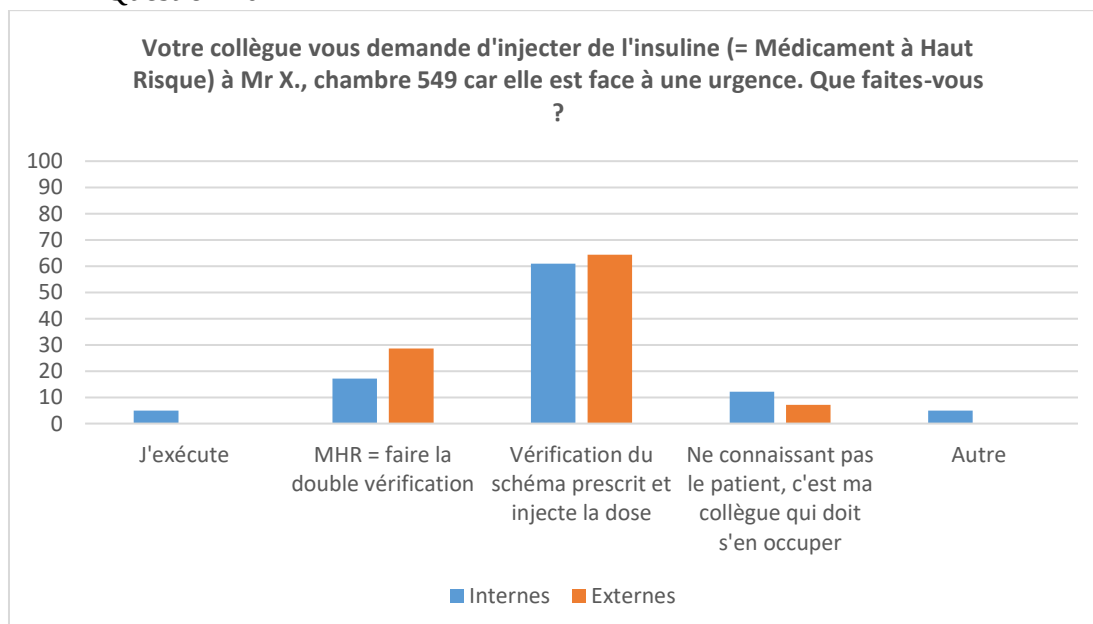
- Question 8



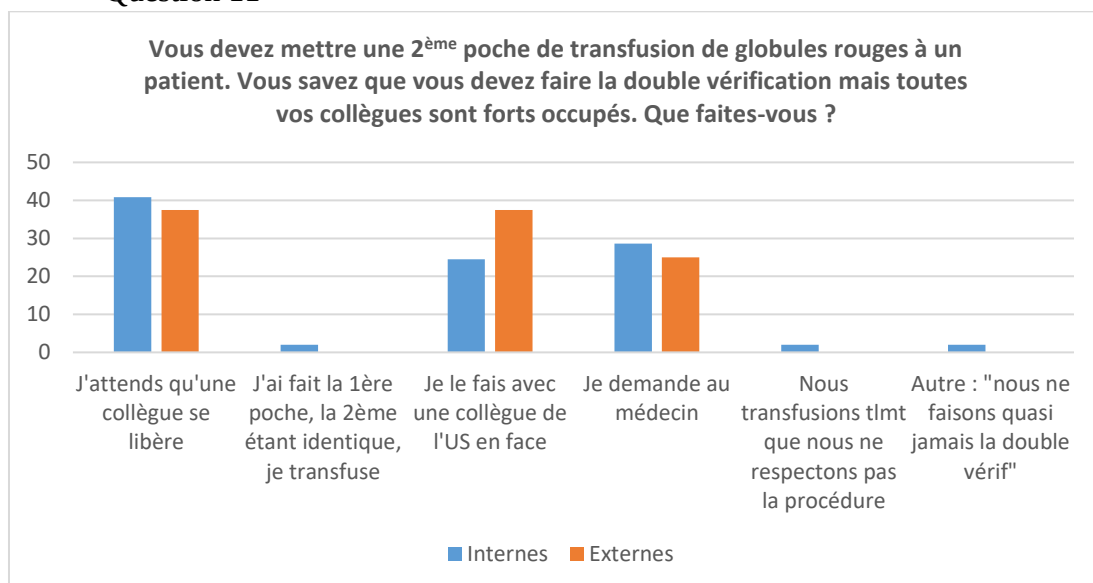
- Question 9



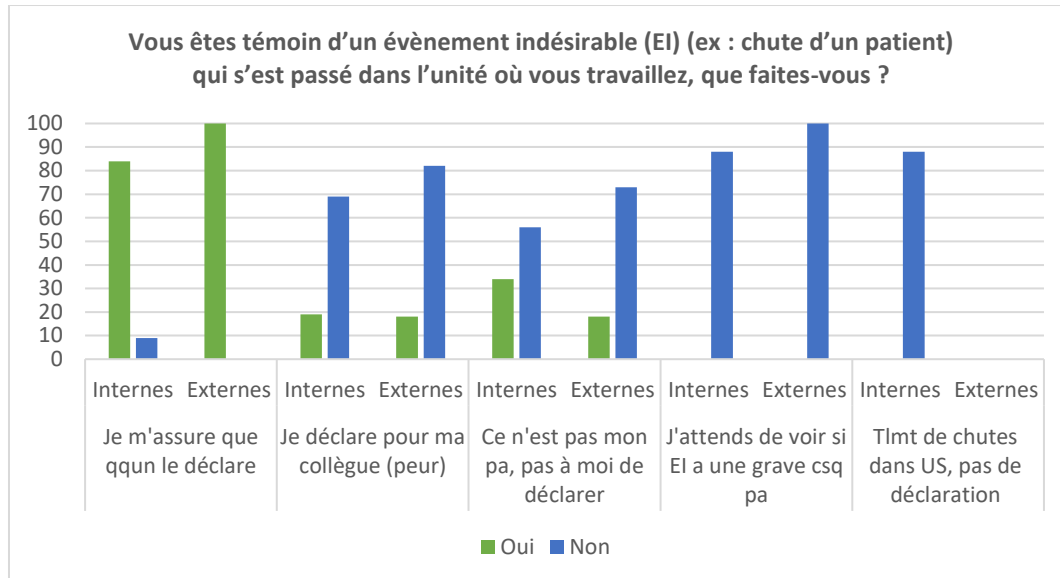
- Question 10



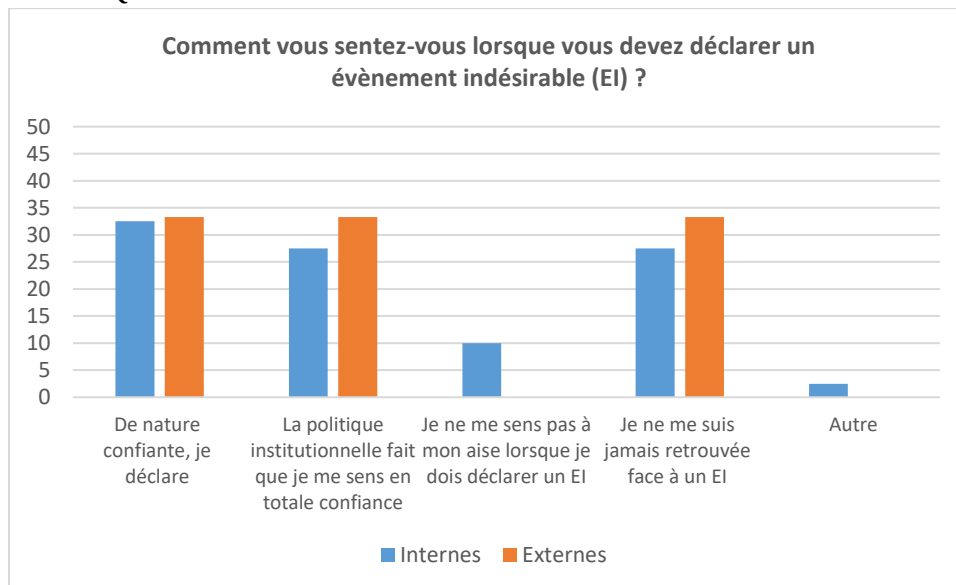
- Question 11



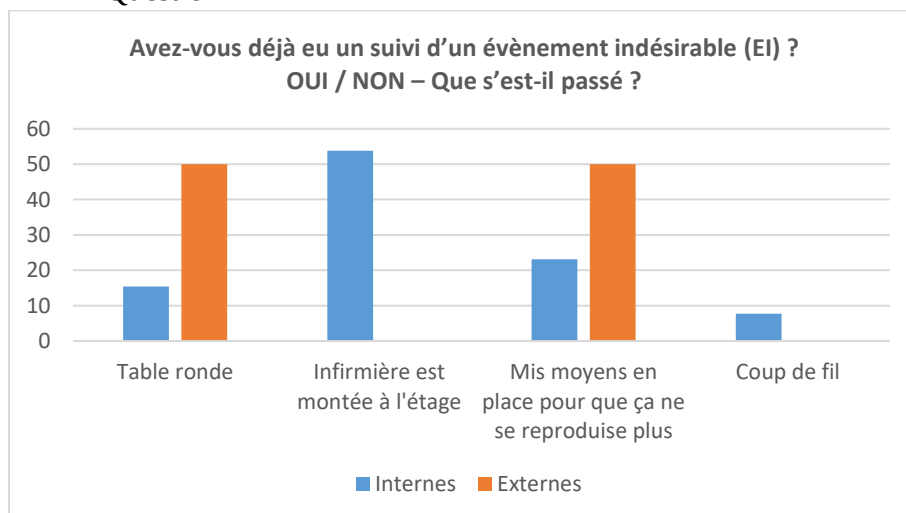
- Question 12



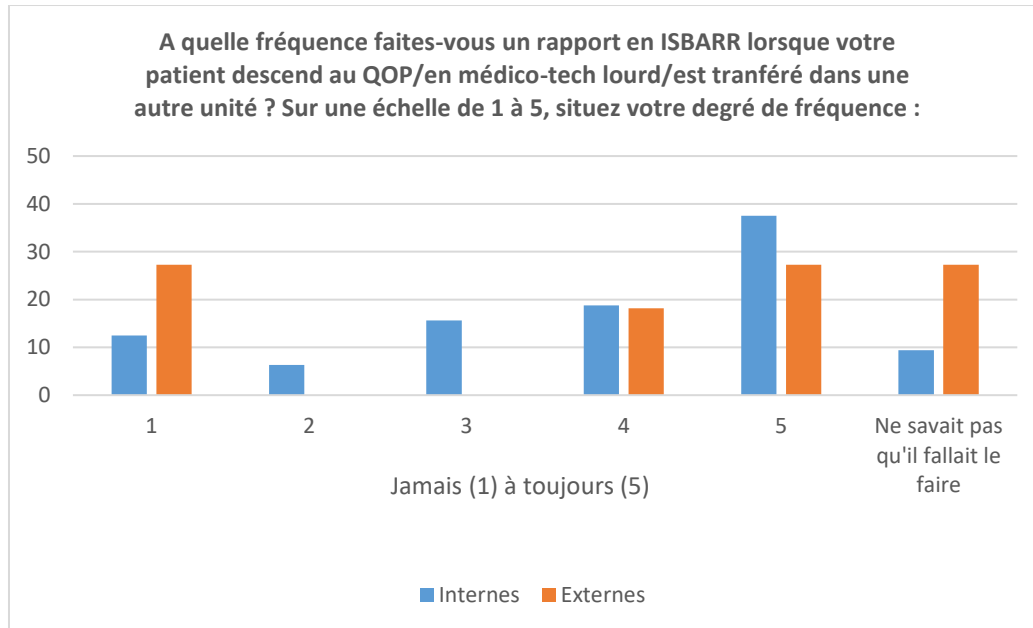
- Question 13



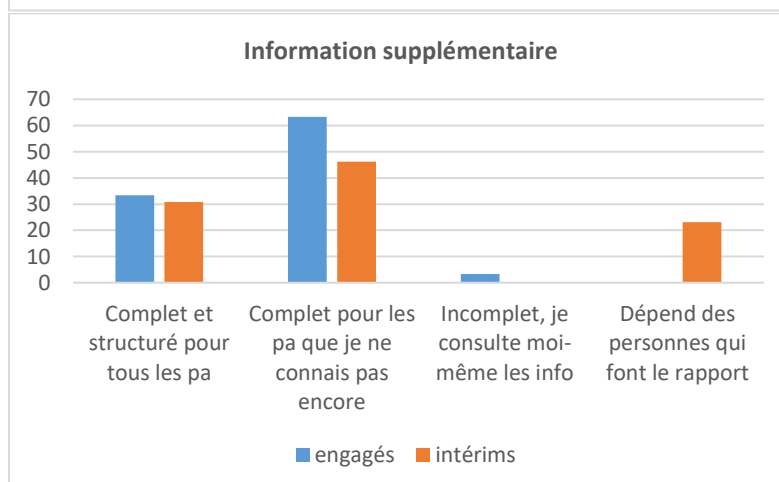
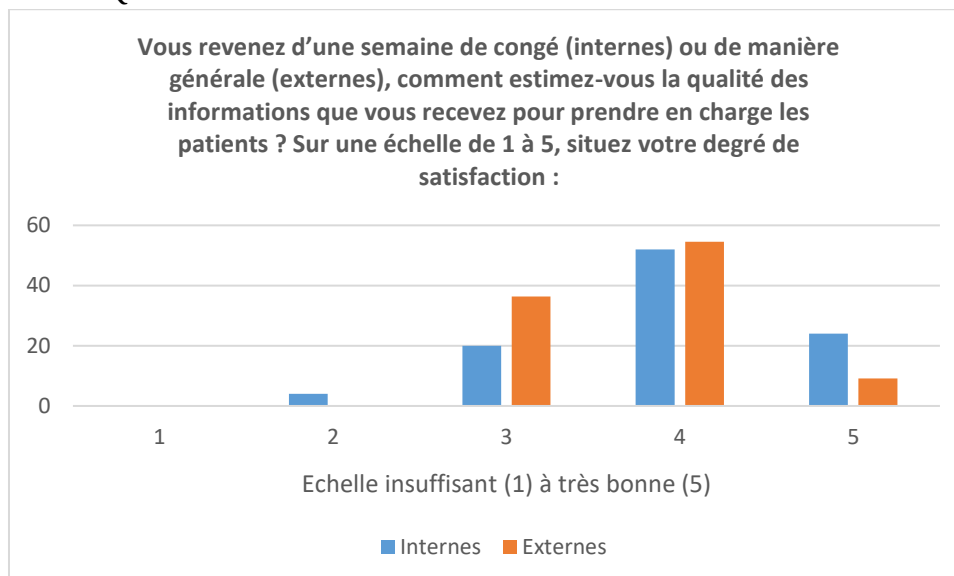
- Question 14



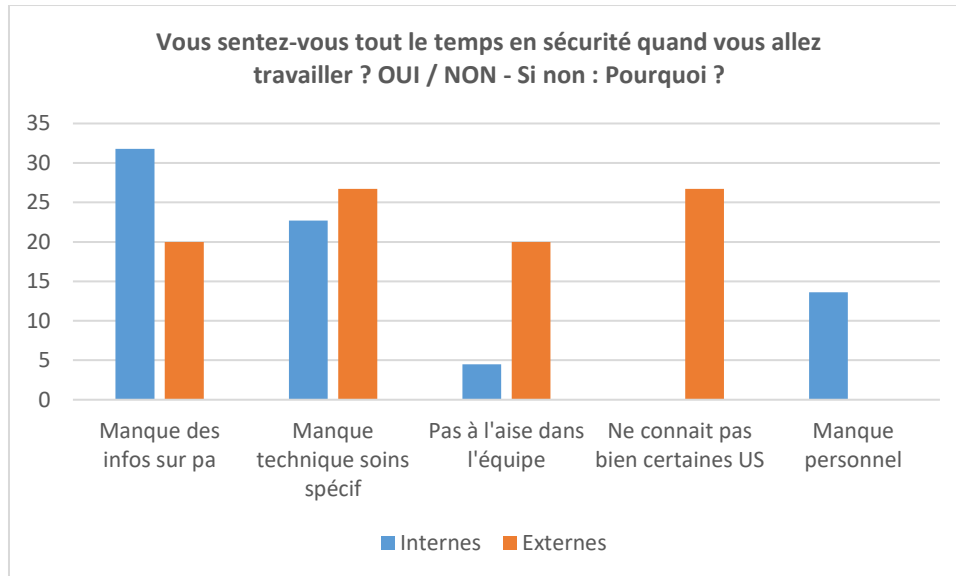
- Question 15



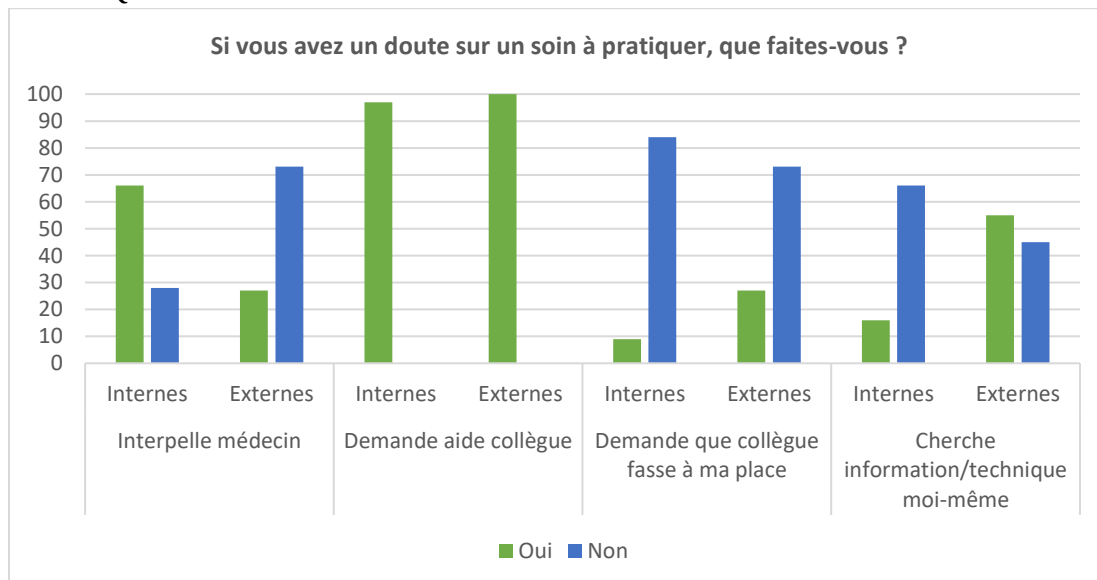
- Question 16



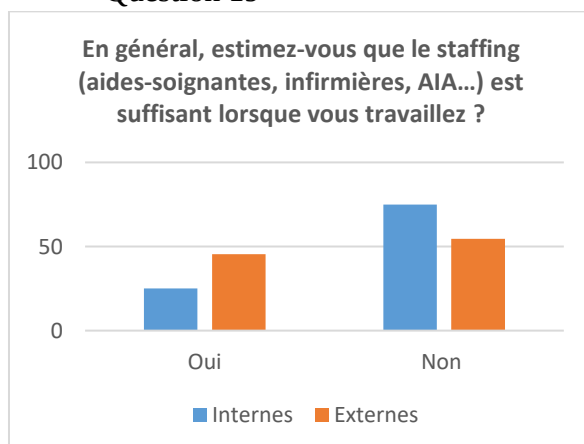
- Question 17



- Question 18



- Question 19



Annexe 5 : Guide d'entretien pour les infirmières en chef

Intro : Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer.

Si vous l'acceptez, j'aimerais enregistrer cet entretien. Le but de cet enregistrement est de m'aider à retranscrire ce que nous aurons partagé aujourd'hui. Bien évidemment, si à un moment donné, vous souhaitez que j'arrête d'enregistrer, cela sera possible. N'hésitez pas à me le faire savoir. Avec votre accord, j'aimerais donc appuyer mes résultats avec vos propos mais je ne citerai pas votre nom.

Pour vous remettre en situation : le sujet de mon mémoire porte sur l'évaluation de la qualité et la sécurité des soins aux patients par les nouvelles/nouveaux intérimaires et engagés aux CuSL. Par « nouveaux/nouvelles », j'entends ceux et celles ayant exercé leur première mission ou ont été engagés à partir du 1^{er} juillet 2019 à Saint-Luc. Pour l'évaluation de la qualité et sécurité des soins, je me suis concentrée sur les 5 Pratiques Organisationnelles Requises et quelques questions supplémentaires sur par exemple, la transmission des informations.

Mon objectif aujourd'hui, en vous interviewant, est de compléter et d'affiner, de confirmer ou non, de manière qualitative mes résultats obtenus de l'analyse quantitative des questionnaires. En effet, je n'ai pas eu assez de réponses du côté des intérimaires et avoir le retour d'infirmières en chef ayant une grande expérience des cliniques et collaborant avec ces 2 publics, peut enrichir ma recherche.

C'est donc avec l'aide de ma promotrice que nous vous avons sélectionné car vous répondez aux critères qui complètent ma recherche.

Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse. N'hésitez donc surtout pas à me répondre spontanément.

Cet entretien devrait durer 30 minutes.

Etes-vous toujours d'accord d'y participer ?

Questions :

1) Depuis combien de temps travaillez-vous aux CuSL ? Et plus spécifiquement, comme infirmière en chef ?

2) En règle générale, quelles expériences avez-vous avec les intérimaires / nouvelles engagées ? Faites-vous appel à l'intérim ?

3) Confiez-vous de la même manière le travail d'une nouvelle infirmière intérimaire et d'une nouvelle engagée ? Ex : prise en charge de plusieurs patients.

(→ *Ajout* : Si non, comment expliquez-vous cette différence ? / Si oui, avez-vous tendance à plus surveiller ou passer derrière le travail de l'intérimaire ou non ?)

Voici les questions à propos des POR :

4) (POR 1) Au vu des résultats sur l'identito-vigilance, les nouvelles engagées répondent de manière plus adéquate que les nouvelles intérimaires. En effet, elles sont plus nombreuses à poser des questions ouvertes au patient afin de connaître son nom, prénom, date de naissance quand elles le rencontrent pour la 1^{ère} fois de la journée. Observez-vous cette différence dans votre quotidien ?

5) (POR 2) La majeure partie du temps, les infirmières (internes comme externes) se demandent spontanément s'il est nécessaire de garder la voie centrale d'un patient qui n'en aurait plus besoin. Du

côté des nouvelles intérimaires, certaines attendent uniquement de recevoir un avis médical afin de l'ôter. Qu'en pensez-vous ?

6) (POR 3) Pouvez-vous partager votre expérience dans la prise en charge qualitative des plaies de pression entre une intérimaire et une nouvelle engagée ? Par exemple, si le Braden démontre un score à 18, qu'attendez-vous ? Est-ce que vos attentes sont rencontrées ?

7) (POR 4) Lorsqu'il faut faire la double vérification d'une poche de transfusion et que les collègues sont tous forts occupés, que prônez-vous dans votre service ? Observez-vous des attitudes non conformes ? Si oui, plus chez l'intérimaire ou la nouvelle engagée ?

8) (POR 5) En théorie, si un patient chute, les infirmières affirment toutes s'assurer que l'évènement indésirable soit déclaré. En pratique, sachant que moins d'un tiers des nouvelles engagées et plus d'un tiers des nouvelles intérimaires ne se sont jamais retrouvées face à un évènement indésirable, que pensez-vous de la fréquence des déclarations des évènements indésirables des nouvelles engagées et des nouvelles intérimaires ?

(→ *Ajout* : Une nouvelle engagée a-t-elle plus tendance à déclarer qu'une nouvelle intérimaire ? Si oui, comment pouvez-vous m'expliquer cette situation ?)

9) (Prat. Add.) Comment expliquez-vous que dans les résultats obtenus, quasi un tiers des intérimaires ne font pas le rapport en ISBARR et quasi un tiers également ne savaient pas qu'il fallait le faire lorsqu'un patient change d'unité ?

10) (Prat. Add.) Une infirmière sur 2 (autant nouvelle engagée qu'intérimaire) dit ne pas se sentir en totale sécurité lorsqu'elle vient travailler et ce pour plusieurs raisons : le manque d'information sur les patients, le manque de technique par rapport à des soins spécifiques, le manque de personnel. Les intérimaires ajoutent : le manque de connaissance de certaines unités de soins et d'un malaise ressenti dans les équipes soignantes. Selon vous, quelles en sont les conséquences sur la qualité et la sécurité des soins aux patients ? Comment pensez-vous pouvoir améliorer ces aspects ?

11) (Prat. Add.) Enfin, nous savons que le feedback fait grandir les personnes, comment faites-vous le feedback à une nouvelle engagée et à une nouvelle intérimaire ? (Oral / écrit)

12) De manière générale, si vous deviez évaluer la qualité et sécurité des soins entre une nouvelle intérimaire et une nouvelle engagée ayant commencé toutes les 2 il y a 3 mois, que diriez-vous ?

(→ *Ajout* : si vous deviez le mettre sur une échelle de 1 à 10 ? 1 = mauvais et 10 = excellente)

13) Souhaitez-vous rajouter un aspect qui vous semble important ?

CCL : Merci d'avoir répondu à mes questions et de m'avoir accordé votre temps. Je reste disponible si vous avez d'autres questions. Si vous souhaitez avoir un retour, n'hésitez pas à me le demander et je vous le transmettrai dès que mon analyse sera terminée.

