



**AIDE À L'ÉLABORATION D'UNE
CHARTRE DE CONFIANCE
POUR INCITER LES PROFESSIONNELS
À SIGNALER ET ANALYSER
LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES
EN SANTÉ**

Notion de charte de confiance ou d'incitation au signalement

Le principal frein à la transparence en matière d'événement sanitaire indésirable¹ est la crainte de la punition. C'est la raison pour laquelle les autorités sanitaires recommandent la mise en place dans les établissements d'une « charte de confiance », également évoquée sous les termes de charte « d'incitation au signalement » – de préférence à l'ancienne dénomination de « charte de « non-punition ». Dans ce texte, le directeur s'engage – avec le directeur des soins et le président de CME pour les établissements de santé – à protéger des sanctions les professionnels qui déclarent et analysent les événements indésirables².

L'objet du présent document est de proposer aux dirigeants des établissements de santé et médico-sociaux de Nouvelle-Aquitaine un modèle pouvant servir de base à la formalisation de leur propre *charte de confiance*. Il vise à concourir à l'harmonisation des bonnes pratiques en Nouvelle-Aquitaine et à l'incitation au signalement des événements indésirables pouvant avoir un impact sur les patients et résidents.

Contributeurs

Ce document a été réalisé, sous l'égide de l'Agence régionale de santé et du Réseau régional de vigilances et d'appui de Nouvelle-Aquitaine, par un groupe de travail régional composé de professionnels impliqués dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et résidents :

- ◆ Dr Laila Benmoussa, Coordonnatrice des vigilances, Centre hospitalier universitaire de Limoges
- ◆ Dr Marie-Pierre Brechet, coordinatrice de la gestion des risques, Centre hospitalier de Mont-de-Marsan
- ◆ Mme Laurence Claverie, responsable qualité et gestion des risques, Hôpital privé Saint-Martin, Pessac
- ◆ Mme Dominique Le Mer, coordinatrice de la gestion des risques, Hôpital d'instruction des armées Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon
- ◆ Dr Régine Léculée, Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables (PRAGE), CCECQA, Pessac
- ◆ Mme Julie Liouville, cheffe de projet Qualité et directrice adjointe IME, ADAPEI de la Gironde
- ◆ Dr Stéphanie Péan, coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, Centre hospitalier de Périgueux
- ◆ Dr Jean-Luc Quenon, co-directeur du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine (CCECQA), Pessac
- ◆ Dr Bernard Tabuteau, pôle qualité et sécurité des soins et accompagnements, ARS Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux
- ◆ M. Loïc Turbel, Dirigeant de Focus Qualité, Pau

¹ Le terme d'événement sanitaire indésirable recouvre l'ensemble des événements indésirables qui se produisent dans le champ sanitaire (soins primaires, établissement de santé, structure médico-sociale) ou qui sont susceptibles d'affecter la santé d'une personne.

² « Tout dysfonctionnement dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées. » (art. L331-8-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Préambule

Apprendre de ses erreurs et de celles des autres

« **Connaître ou punir** » est une formule du sociologue Christian Morel, utilisée lors d'un colloque sur les événements indésirables associés aux soins en novembre 2016. Elle reflète parfaitement les enjeux du signalement et de l'analyse des événements sanitaires indésirables qui concernent aussi bien l'hôpital, le secteur médicosocial, que les professionnels ambulatoires. L'erreur commise – ou évitée de justesse – est une source précieuse d'informations à exploiter et analyser pour éviter la survenue d'autres événements indésirables ou en limiter l'impact. Encore faut-il que la menace de la punition ne dissuade pas les professionnels de signaler les faits et que la crainte du jugement des autres n'empêche pas l'objectivité des analyses.

On sait depuis longtemps qu'un accident est rarement la conséquence d'une erreur isolée mais qu'il est lié à une chaîne de défaillances dans les barrières de sécurité, symbolisées par le modèle de James Reason³. Les facteurs qui favorisent la survenue d'un événement indésirable sont d'origines multiples ; ils peuvent être associés :

- au management (absence de politique structurée de gestion des risques, culture punitive...);
- aux ressources humaines (effectif insuffisant, recours excessif à l'intérim, insuffisance de formation...);
- aux conditions de travail (organisation des parcours de soins, du circuit du médicament ou des dispositifs médicaux, interruptions de tâches, système d'information inadapté...);
- aux professionnels (retard de diagnostic, erreur de décision, insuffisance de communication, difficultés de travail en équipe...);
- aux usagers (mauvaise compréhension, passivité, comorbidités, violence...)...

L'erreur doit être considérée comme une opportunité individuelle et collective d'apprentissage. L'analyse approfondie des causes et des facteurs latents est donc primordiale pour tirer tous les enseignements utiles et mettre en place les actions d'amélioration susceptibles d'augmenter le niveau de sécurité des prises en charge et d'éviter que l'événement indésirable se reproduise.

Culture de sécurité

La culture de sécurité se mesure à la capacité de chaque professionnel à évaluer les pratiques de façon routinière, à détecter et signaler les risques d'erreurs et dysfonctionnements, à proposer des idées d'amélioration pour obtenir plus de sécurité ou d'efficacité, à partager les expériences afin d'en faire profiter les autres. Le développement de cette culture en santé est un facteur essentiel à l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers.

Le signalement et l'analyse des événements indésirables – qu'ils soient avérés ou évités de justesse – fait partie intégrante de cette culture. La transparence en matière d'erreur ou de dysfonctionnement, composante fondamentale de toute démarche de gestion des risques et d'amélioration de la qualité, permet d'apprendre de ses erreurs et, par le biais du partage d'expériences, de celles des autres.

La bienveillance entre collègues lors d'événements indésirables fait partie de la culture de sécurité, tout comme l'approche positive de l'erreur de la part de l'encadrement, développée dans le chapitre suivant.

³ Fiche n° 1 *Concepts et points clés pour aborder la sécurité des soins*, du Guide « [Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins dans un établissement de santé. Des concepts à la pratique](#) », HAS 2012

Culture juste

La peur d'être sanctionné à mauvais escient n'incite pas les professionnels à la transparence lorsqu'un événement indésirable se produit. Il est donc nécessaire de préciser les conditions où l'approche positive de l'erreur s'applique et les situations où une faute pourrait être retenue. Cette politique est appelée *culture juste* ou *équitable*. Elle précise les règles appliquées pour la protection des professionnels qui participent au signalement et à l'analyse des erreurs et dysfonctionnements et les limites de cette politique qui ne s'applique pas en cas de manquements délibérés ou répétés aux règles de sécurité en vigueur : la bienveillance n'est pas synonyme de complaisance...

La culture juste permet aussi de se questionner sur ce qu'aurait fait un professionnel de compétence équivalente dans une situation analogue.

Recommandations OMS

Les recommandations faites par l'Organisation mondiale de la santé pour les systèmes de signalement des événements indésirables⁴ sont les suivantes :

1. Le système de signalement des événements indésirables devrait avoir comme principal objectif l'amélioration de la sécurité des patients travers l'identification des erreurs et des risques qui pourraient survenir, puis leur analyse dans le but d'identifier les défaillances systémiques sous-jacentes.
2. Les responsables de ce système devraient avoir clairement défini :
 - les objectifs de ce système ;
 - les personnes qui devraient signaler ;
 - les événements indésirables à signaler ;
 - les modalités de réception et de traitement des données ;
 - les experts et les ressources adéquates pour l'analyse ;
 - les réponses au signalement ;
 - les méthodes pour classer et donner du sens aux événements signalés ;
 - les moyens de communication des résultats ;
 - l'infrastructure technique et la sécurité des données.
3. Les professionnels de santé doivent être encouragés à signaler des événements et des informations sur la sécurité.
4. Les professionnels de santé qui signalent les événements indésirables, des presque accidents et d'autres éléments en rapport avec la sécurité ne devraient pas être punis la suite d'un signalement.
5. Le système de signalement devrait être indépendant d'une autorité ayant le pouvoir de punir le déclarant.
6. L'identité des personnes signalant ne devrait pas être communiquée des tiers.
7. Les événements indésirables signalés devraient être analysés rapidement.

⁴ <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche11.pdf>

Freins et leviers

D'après la littérature, plusieurs facteurs sont susceptibles de freiner la déclaration par les professionnels :

- l'absence d'identification d'un événement indésirable ;
- l'incertitude sur les événements à déclarer ;
- la peur de sanctions disciplinaires ou de poursuites médico-légales ;
- l'appréhension des professionnels non-médecins à déclarer des événements impliquant des médecins ;
- la charge de travail supplémentaire nécessaire pour réaliser le signalement ;
- le manque de retour aux acteurs.

Mais il existe plusieurs pistes permettant une plus grande implication des professionnels dans le signalement des événements indésirables. La direction et l'encadrement devraient :

- donner du sens en apportant une information préalable à l'ensemble des professionnels pour qu'ils adhèrent plus facilement à la démarche ;
- manifester un soutien fort et explicite au signalement ;
- offrir des conditions d'immunité aux acteurs (culture juste) ;
- faciliter la réalisation d'une analyse systémique des dysfonctionnements significatifs ;
- garantir la confidentialité des enquêtes et analyses ;
- assurer une rétro-information rapide à tous les acteurs impliqués ;
- solliciter les professionnels sous forme d'interviews ou par courrier électronique ;
- leur apporter des ressources extérieures pour les aider dans la collecte des données...

A savoir

Bien que ce ne soit pas couramment évoqué dans la littérature, plusieurs points semblent importants à prendre en considération.

- L'exemplarité des managers est essentielle pour le développement de la culture de sécurité. L'incitation aux démarches de signalement et d'analyse des événements indésirables doit venir du plus haut niveau du management, c'est-à-dire des directeurs, en association avec les principaux responsables : président de CME, directeur ou coordonnateur des soins, de la gestion des risques... Cela se manifeste par des actions comme :
 - o s'assurer que les professionnels ont des moyens suffisants (formation, outils, temps dédié...) pour leur permettre de participer effectivement aux analyses approfondies des causes ;
 - o participer activement aux démarches, par l'organisation de rencontres de sécurité dans les services, la déclaration d'événements indésirables qu'ils ont eux-mêmes identifiés et la mise en œuvre d'actions d'amélioration ;
 - o organiser une évaluation régulière du niveau de culture de sécurité des professionnels et mettre en œuvre les actions pour les améliorer ;
 - o signer conjointement la charte de confiance...
- Il est important que soient prévus à l'avance un accompagnement et un soutien aux professionnels éprouvés par leur implication dans un événement indésirable grave. Ils sont à considérer comme les "secondes victimes" de l'accident et nécessitent d'être aidés pour bien gérer l'événement, l'assumer, continuer à travailler et en tirer des enseignements. La démarche doit être structurée, formalisée et connue de l'ensemble des professionnels. Elle peut prévoir un

soutien psychologique, un rendez-vous à la médecine du travail, un débriefing par un pair reconnu pour ses capacités relationnelles et rationnelles... .

- Le système de signalement doit permettre une transmission directe de la déclaration d'un événement indésirable à la structure dédiée à la réception et au traitement de ces signaux, sans qu'elle soit préalablement « filtrée » par un responsable hiérarchique. C'est contraire au principe de confiance envers les professionnels que la charte veut afficher et susceptible d'induire des biais appauvrissant le nombre et la nature des signaux.
- Il est utile de rappeler Il n'y a pas de droits (à l'erreur) sans devoirs (de détecter et de récupérer les conséquences, de signaler l'événement indésirable).

Check-list des informations à inclure dans la charte de confiance

Une charte de confiance devrait, *a minima*, évoquer les points suivants :

- le contexte de la politique menée par l'établissement en matière de qualité et de sécurité ;
- les objectifs du système de signalement (pourquoi déclarer un EI) ;
- l'incitation au signalement des EI et à la gestion des risques par une démarche non punitive ;
- les limites de cette vision positive de l'erreur ;
- le soutien pouvant être apporté aux professionnels confrontés aux conséquences d'un accident grave.

Références

- Instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.
- Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Guide HAS (2012). Notamment la Fiche 11 « Des règles de fonctionnement en gestion des risques associés aux soins »
- Guide pédagogique pour la sécurité des patients. OMS (2011)⁵
- Comprendre, signaler, gérer un événement sanitaire indésirable. RREVA-NA, 2019⁶.
- R. Amalberti et col. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. Etudes et Résultats, 2007 ; 584 : 1-7
- Kit d'information sur la promotion du signalement du Ministère de la santé⁷
- Arbre de décision pour une culture juste⁸

⁵ https://www.rreva-na.fr/sites/default/files/public/2018-04/Guide%20pe%CC%81dagogique%20pour%20la%20se%CC%81curite%CC%81%20des%20patients_0.pdf

⁶ <https://www.rreva-na.fr/travaux/comprendre-signaler-gerer>

⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/promotion-de-la-securite-sanitaire-et-du-signalement-kit-d-information>

⁸ <https://www.paqs.be/fr-BE/Ressources/Outils/Arbre-de-decision-pour-une-culture-juste>

Exemples de chartes de confiance

Les managers responsables du management de la qualité et de la sécurité des prises en charge trouveront dans les exemples qui suivent des modèles pour élaborer ou mettre à jour leur charte de confiance, en fonction des réalités de leur propre établissement.

Exemple 1 : charte générique “Nouvelle-Aquitaine”

L’amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des usagers est l’une des priorités de la politique suivie par notre établissement. La présente charte a vocation de porter notre culture de sécurité et notre vision de l’erreur positive, celle qui fait progresser.

Les dysfonctionnements génèrent des risques potentiellement graves à la fois pour les patients et leur entourage, les professionnels de santé, et l’établissement. Nos erreurs, collectives ou individuelles, et les difficultés que nous rencontrons sont sources de progrès à condition d’avoir la volonté de les repérer, de les analyser et de rechercher ensemble des solutions. Les leçons tirées des retours d’expérience ont pour objet de sécuriser les usagers comme les professionnels.

Le signalement et l’analyse des événements indésirables – qu’ils soient avérés ou évités de justesse – font partie intégrante de cette démarche qui se construit, jour après jour, sur l’expérience tirée des dysfonctionnements pouvant affecter la sécurité des personnes ou des biens. La gestion des risques doit aussi prendre en compte les événements indésirables révélés par des sources externes à l’établissement (partenaires professionnels, usagers).

Dans le cas d’un événement indésirable grave, le signalement permet en outre de déclencher la procédure interne qui définit les modalités pouvant être mises en place pour apporter un soutien aux professionnels impliqués, en fonction de leurs besoins (notion de “secondes victimes”).

Nous encourageons vivement chaque professionnel à participer à la démarche de signalement des événements indésirables et n’accepterons pas qu’elle puisse être reprochée, ni par les collègues, ni par l’encadrement. Nous rappelons qu’il est de la responsabilité de chacun de communiquer spontanément et sans délai toute information ayant rapport avec un événement indésirable, selon les modalités définies par l’établissement. Cette démarche doit être factuelle et constructive : déclarer un événement indésirable traduit la démarche vertueuse d’un professionnel qui souhaite que des solutions soient trouvées ; elle n’est pas de mettre en cause des personnes, d’interpréter les faits ou de désigner des responsables.

Pour soutenir cette dynamique, nous nous engageons à mettre en œuvre une politique d’équité vis-à-vis des professionnels impliqués dans une démarche de signalement et de gestion des risques. Aucune procédure disciplinaire ou administrative ne sera entamée à l’encontre d’un professionnel qui aura, dans les meilleurs délais, révélé un événement indésirable. Nous précisons toutefois que ce principe ne peut s’appliquer dans le cas de manquements délibérés ou répétés à la réglementation en vigueur, situations qui resteront toujours inacceptables.

Cette protection s’applique quels que soient la nature de l’événement, sa gravité, son évitabilité et le degré d’implication personnel du déclarant : que l’événement indésirable soit associé aux soins, d’origine technique ou de nature financière ; que le professionnel soit directement ou non impliqué, qu’il en ait lui-même ou non constaté les conséquences... Cet encouragement à la transparence s’étend à la participation aux analyses et retours d’expériences afin que chacune des parties prenantes puisse évoquer librement, sans crainte de jugement ou de sanctions, les différents facteurs contributifs factuels et les actions d’amélioration à mettre en œuvre.

Il est important que chaque professionnel, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, y compris dans l'encadrement, partage cette vision résiliente de l'erreur qui contribue à notre objectif d'offrir le plus haut niveau de qualité et de sécurité de notre activité. Tout manquement à ces principes est en effet susceptible de compromettre l'ensemble de la politique de sécurité conduite par l'établissement, en le laissant ignorer les dysfonctionnements auxquels sont confrontés ses professionnels et usagers.

Nous vous remercions pour votre implication dans cette démarche collective qui fait partie intégrante de notre culture de sécurité.

<Signature du/des manager(s) responsable(s) de la sécurité des soins dans l'établissement>

Exemple : **Le directeur** **Le président de CME** **Le Directeur des soins**

Exemple 2 : charte type établie par la Prévention médicale⁹

La sécurité de nos activités doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement de santé.

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des événements pouvant affecter la sécurité des soins, des personnes et des biens.

Notre objectif est d'améliorer la visibilité de ceux-ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à l'ensemble de nos activités et d'apporter les mesures correctives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer, spontanément et sans délai, toute information sur les événements indésirables. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention des risques conduite dans notre établissement.

Pour favoriser la remontée des événements indésirables, la direction rappelle les principes de fonctionnement sur lesquels elle repose :

- objectivité : le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits, ni d'interpréter les faits ou encore de leur donner – s'agissant de soins - une traduction médico-légale en termes de responsabilités ;
- anonymat et confidentialité : le traitement des informations recueillies s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité. Chaque professionnel s'engage à respecter une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche ;
- efficacité : la démarche de signalement doit s'efforcer d'être aussi exhaustive que possible en permettant l'identification de l'ensemble des risques liés à l'activité hospitalière et en évitant que ces risques se reproduisent.

Nous rappelons que la finalité de la démarche de signalement des événements indésirables n'a pas pour objet d'établir une faute éventuelle, mais d'analyser les causes des événements et de dégager des recommandations pour éviter la réitération de l'événement.

⁹ <https://www.prevention-medicale.org/Dossiers-du-risque-et-methodes-de-prevention/Methodes-de-prevention/Cadre-deontologique/charte-signalement-eig>

Exemple 3 : charte dans un EHPAD (fictif)



EHPAD La clé du paradis

Le directeur

Charte de confiance pour inciter à signaler les événements indésirables

Ainsi que le rappelle notre devise “*Vivre vieux, vivre mieux*”, notre objectif principal est d’offrir les meilleures prestations d’hébergement et de soins à nos aînés.

Comme le professionnalisme et la bonne volonté ne sont jamais suffisants pour empêcher la survenue d’erreurs ou de dysfonctionnements, il est important de ne pas cacher ces événements indésirables mais il faut, au contraire, les considérer comme des opportunités d’améliorer notre niveau de qualité et de sécurité.

Je vous invite donc à signaler sur une fiche de déclaration tous les événements indésirables dont vous êtes acteurs, témoins, sans pour autant que cela s’apparente à de la dénonciation. Et plus particulièrement ceux qui menacent potentiellement la qualité de la prise en charge ou la sécurité des résidents.

Afin de renforcer cette culture de sécurité au sein de notre EHPAD, je m’engage à n’entamer aucune procédure disciplinaire ou administrative contre un salarié qui signale, spontanément et dans les meilleurs délais, un dysfonctionnement ou une erreur dont il aurait été acteur ou témoin. Cette promesse ne s’applique toutefois pas à un professionnel qui serait responsable de manquements délibérés ou répétés aux règles de sécurité en vigueur, ces pratiques ne relevant pas de l’erreur humaine mais de la faute professionnelle.

Ces dispositions permettent d’initier rapidement l’analyse préliminaire interne qui aura pour objet d’évaluer la gravité de l’événement et prendre les mesures immédiates qui s’imposent, en termes de sécurité des prises en charge comme de soutien à apporter aux professionnels éprouvés par un événement indésirable grave.

Cet engagement s’applique aussi à tous ceux qui sont engagés dans l’analyse des événements indésirables afin qu’ils puissent évoquer, en toute confiance et sans tabou, tous les déterminants susceptibles d’avoir favorisé la survenue de l’incident ou de l’accident. L’objectif est de pouvoir déterminer et mettre en place les mesures préventives adéquates, si elles existent.

Personne ne doit oublier que les barrières de sécurité mises en place pour protéger les usagers permettent aussi, par contrecoup, de sécuriser les professionnels.

M. Y. LEGUEN

Directeur de l’EHPAD La clé du paradis.

Exemple 4 : charte en établissement de santé privé (fictif)

Clinique de l'Ormeraie	Charte de confiance pour la transparence en matière de signalement et de gestion des événements indésirables	ENR-008 26 décembre 2018 V1
------------------------	---	-----------------------------------

Objet : Démarche non punitive incitatrice au signalement et à la gestion des risques

Origine : Direction de l'établissement, Conférence médicale d'établissement, Service QGDR

Cible : tous les professionnels salariés et libéraux de l'ensemble des services de l'établissement

Date d'application : immédiat

La politique qualité menée par la Clinique de l'Ormeraie est formalisée dans le document n° ENR-002. Elle consiste à tout mettre en œuvre pour garantir la plus grande sécurité aux usagers comme aux professionnels. Elle sert de fil rouge au projet d'établissement.

Tous les professionnels intervenant dans l'établissement, qu'ils soient salariés ou libéraux, doivent être conscients que les événements indésirables, qu'ils soient évitables ou non, peuvent être sources de progrès à condition de ne pas les ignorer ou les cacher : "on apprend de ses propres erreurs et des erreurs des autres". Les barrières destinées à limiter leur survenue sont des facteurs qui sécurisent les usagers comme les professionnels.

Afin que chacun s'engage dans cette démarche vertueuse de transparence vis à vis des erreurs et des dysfonctionnements qui émaillent l'activité de toute structure, la clinique met en œuvre une démarche d'incitation qui repose sur la vision positive de l'erreur. Le directeur garantit à tous les salariés qu'il ne sera conduit contre eux aucune procédure disciplinaire ou administrative après la déclaration spontanée d'un dysfonctionnement ou d'une erreur dont ils seraient à l'origine. Ils seront au contraire remerciés pour avoir réalisé son signalement et bénéficieront, si besoin, d'un appui pour faire face aux difficultés psychologiques engendrées par un accident dans lequel ils seraient impliqués.

Cette culture de sécurité doit être partagée à tous les niveaux. Chacun doit contribuer, à son niveau, à la démarche qualité de l'établissement en étant force de proposition. Les déclarants ou lanceurs d'alerte ne doivent en aucun cas se voir reprocher leur action par d'autres professionnels.

Le président de la CME s'assure que les praticiens partagent pleinement cette vision. Il est important que tous les professionnels libéraux de la clinique participent activement à la prévention, au signalement et à la gestion des événements indésirables dont ils sont partie prenante.

La démarche d'incitation s'applique également lors des analyses et des retours d'expérience où la plus grande transparence est nécessaire de la part des professionnels qui participent aux analyses afin qu'ils puissent évoquer, de façon factuelle et sans crainte, l'ensemble des facteurs contributifs susceptibles d'avoir favorisé la survenue de l'incident ou de l'accident (cf. PRO-QUAL 002).

Chacun doit être conscient que cette vision positive ne s'applique pas aux professionnels qui manqueraient de façon délibérée ou répétée aux règles de sécurité en vigueur dans l'établissement.

La direction mettra enfin en place, chaque fois que cela sera nécessaire, un dispositif de soutien psychologique aux professionnels impliqués dans un événement indésirable grave.

Le directeur général,

Le directeur des soins,

Le président de CME,