

Plan de sécurité du patient

Mise à jour : mai 2022

1. Objet

La culture de sécurité est un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation.

Le plan sécurité patient du CHU UCL Namur regroupe en une vision cohérente les initiatives et les actions permettant de faire évoluer la culture de sécurité au sein de l'institution afin de garantir à nos patients, résidents et enfants une prise en charge sécuritaire et fiable.

Note : dans la présente politique, il faut comprendre le mot « patient » au sens large : patient, résident et enfant. Le terme « patient » seul est utilisé généralement afin de ne pas alourdir la lecture du document.

2. Contexte et objectifs

a) Contexte

Il existe maintenant des preuves indiscutables que du fait des soins de santé, les patients peuvent subir des dommages qui leur laissent des séquelles définitives, prolongent les durées d'hospitalisation voire entraînent le décès.

Les événements indésirables associés aux soins ne sont pas la conséquence d'actions délibérées des soignants mais plutôt de la complexité d'un système dans lequel les succès thérapeutiques et les résultats dépendent d'un grand nombre de paramètres en plus de la compétence de chacun des professionnels qui y contribuent.

Il est largement admis que la culture de sécurité détermine les actions et les comportements qui sont acceptables, ainsi que le niveau de priorité que tous les individus accordent aux questions liées à la qualité, à la sécurité et au risque. Pour améliorer la culture de sécurité des patients, il faut reconnaître l'importance d'une collaboration en continu, s'engager à toujours préconiser le changement et sensibiliser l'ensemble du personnel hospitalier, tous métiers confondus, chacun ayant un rôle à jouer et un impact, direct ou indirect, sur la prise en charge du patient.

Souvent, les changements de culture se produisent à la suite d'un événement majeur ou dans le cadre d'une initiative plus large d'amélioration de la sécurité des patients.

Bien qu'il soit difficile pour un individu de changer une culture, des changements dans les attitudes, les actions et les valeurs éthiques collectives visant à réduire continuellement les préjudices causés aux patients sont essentiels pour faire avancer les organisations, et ce d'autant plus dans un réseau multisite et multidisciplinaire tel que celui du CHU UCL Namur.

Dans la promotion d'une culture de sécurité, tous les prestataires de soins de santé ont un rôle essentiel à jouer et ont le devoir d'inciter les patients et leurs familles à participer à tous les aspects des soins aux patients.

b) Objectifs

La culture de sécurité :

- a un impact positif sur la sécurité des patients ;
- est un prérequis indispensable à l'efficacité de la mise en œuvre des outils et des méthodes de gestion du risque ;
- donne du sens aux outils et concepts en les inscrivant dans un ensemble cohérent de pratiques et de comportements ;
- permet aux équipes de s'approprier ces outils sans créer de nouvelles obligations ;

- participe aux performances des institutions de soins en leur permettant d'être informées, fiables, sûres, résilientes et apprenantes ;
- est essentielle pour l'amélioration continue des processus de l'institution.

3. Plan sécurité patient

a) Modèle

La culture de sécurité du CHU UCL Namur, soutenue par un management fort, s'appuie sur 9 piliers majeurs, qui constituent le plan sécurité patient.

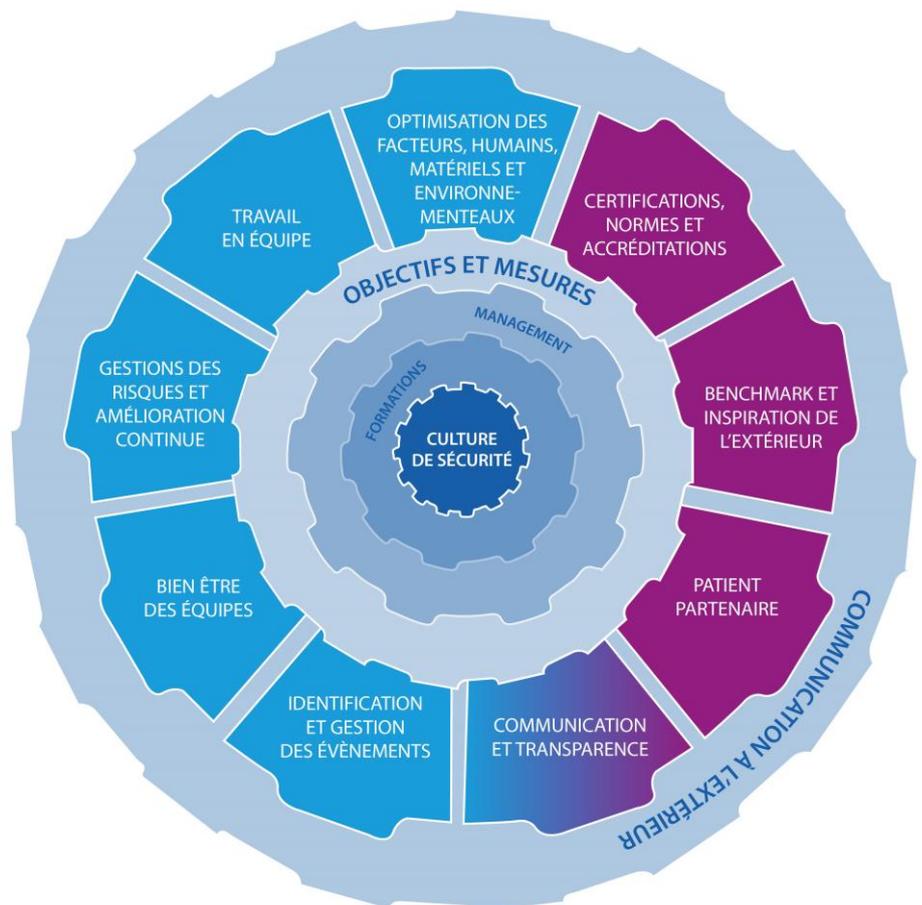
- Bien-être des équipes
- Optimisation des facteurs humains, matériels et environnementaux
- Travail en équipe
- Gestion des risques & amélioration continue
- Identification et gestion des événements (EI et plaintes)
- Communication et transparence
- Patient-partenaire
- Benchmark & Inspiration de l'extérieur
- Certifications, normes et accréditations

Ces piliers, transversaux, s'appuient sur des formations initiale et continue fortes et sont couverts par des objectifs définis, en lien notamment avec le plan stratégique de l'entreprise.

Une place importante est octroyée à la communication vers et depuis l'extérieur de l'hôpital, que ce soient les patients et leurs familles mais également le grand public.

Les valeurs du CHU UCL Namur contribuent fortement aux différents piliers et aux socles de la culture de sécurité. Elles sont au nombre de 5 :

- Exemplarité
- Bienveillance
- Excellence
- Respect
- Synergie



b) Management

Le management du CHU UCL Namur détient un rôle crucial dans l'adoption d'une culture sécurité efficace.

Ses missions sont multiples :

- partager les valeurs de l'institution ;
- assurer un soutien institutionnel aux initiatives liées au plan intégré de sécurité patient ;
- intégrer les aspects de la culture de sécurité au plan stratégique de l'entreprise ;
- garantir, via la charte de non culpabilité que les initiatives ou les déclarations d'évènements observés seront toujours accueillies de manière constructive ;
- faire (re)connaître la qualité et la culture sécurité à tous les collaborateurs de l'institution ;
- valoriser le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité ;
- prendre en compte les suggestions ;
- ne pas négliger la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement ;
- ne pas négliger les problèmes récurrents, même mineurs ;
- garantir la sécurité psychologique du PREC* et s'assurer que celui-ci disposera toujours d'une possibilité d'écoute bienveillante.

Aujourd'hui, les cadres des industries et technologies de pointe complexes ont majoritairement conscience qu'une culture de culpabilisation est incapable de mettre en lumière les problèmes liés à la sécurité et que seule une culture ouverte dans laquelle des processus sont mis en place afin d'identifier les défaillances est efficace.

Les organisations qui accordent une grande importance à la sécurité examinent systématiquement tous les aspects de leur système en prévention d'un accident, notamment la conception du matériel, les procédures, la formation et les particularités de l'organisation.

L'utilisation d'une approche systémique pour analyser les erreurs et les défaillances ne suppose pas d'adopter une culture aveuglement non culpabilisante. Dans toutes les cultures, les professionnels de santé doivent assumer la responsabilité de leurs actes, maintenir leurs compétences et exercer leur métier dans le respect de l'éthique.

Au-delà de cela, dans une institution basée sur l'accueil de l'humain, la cohésion d'équipe et les collaborations inter-métiers revêtent un caractère primordial pour garantir la prise en charge optimale de nos patients, résidents et enfants.

c) Formation

Les orientations et les actions de la formation constituent un élément fondamental de la politique des ressources humaines du CHU UCL Namur. Elles s'inscrivent étroitement dans les missions de l'hôpital (soins, enseignement, prévention, recherche) et de leur modernité. Elles sont également une obligation et une préoccupation permanentes pour les collaborateurs tout le long de leur carrière.

Indépendamment de tous prescrits légaux, il est du devoir de chaque professionnel d'entretenir ses connaissances et ses compétences de façon régulière et continue, permettant un exercice de la profession d'un niveau de qualité optimal mais aussi participant au ressourcement nécessaire au développement personnel et professionnel.

d) Bien-être des équipes

Le CHU UCL Namur ne conçoit l'exercice de ses missions (soins aux patients, prise en charge des résidents et des enfants ; enseignement ; recherche ; service à la société) que dans le respect de l'intégrité et de la santé tant physique que psychique de ses travailleurs.

Le Bien-être, selon les dispositions du Code du Bien-être au travail constitue une priorité pour le CHU UCL Namur et fait partie intégrante de sa gestion.

La Direction du CHU UCL Namur souhaite, en inscrivant cette thématique dans son projet d'entreprise, développer, entretenir et ancrer une culture du Bien-être au travail dans toutes ses composantes.

La Direction du CHU UCL Namur veut promouvoir la qualité de vie au travail et assurer la protection de ses travailleurs contre les dangers et risques professionnels. Avec l'appui et la participation de tous ses collaborateurs, elle s'engage à :

- Respecter les obligations légales en matière de Bien-être au travail ;
- Mener une politique proactive de Bien-être au travail ;
- Promouvoir la participation aux organes de concertation en matière de Bien-être au travail ;
- Soutenir toutes les initiatives en matière de recherche et de formation concernant le Bien-être au travail ;
- Développer et entretenir une politique et une culture du Bien-être au travail.

e) Optimisation des facteurs humains et environnementaux

Gérer l'interaction entre les personnes (individus, prestataires de soins de santé, patients, membres de leurs familles et équipes) et les autres facteurs qui contribuent au système (tâches, outils/technologies, organisation, environnement) pour optimiser la sécurité des patients est primordial.

L'optimisation des facteurs humains et environnementaux pour favoriser l'obtention des meilleures performances est une compétence essentielle en matière de sécurité pour tous les prestataires de soins de santé. Comprendre les facteurs humains individuels (patients, familles et prestataires de soins de santé) et les facteurs ambiants ou environnementaux qui façonnent les décisions aide à reconnaître et à atténuer les préjugés et les partis pris et à améliorer la prise de décision.

La capacité des prestataires de soins de santé à optimiser la sécurité des patients dépend de la compréhension de leur propre performance et de celle des autres dans un environnement de pratique donné, y compris la capacité à faire participer les patients et leurs familles.

En ce qui concerne les facteurs individuels, les performances humaines sont façonnées de façon significative par les connaissances, les habiletés et l'expérience, ainsi que par les attributs de la personnalité et les attitudes envers la tolérance au risque. Le bien-être des praticiens individuels en ce qui concerne la conciliation travail-vie personnelle, la fatigue et d'autres facteurs de santé personnelle constituent un autre élément clé de la performance.

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, la réflexion systémique dans le domaine des soins de santé peut aider à mieux comprendre les relations entre les différents éléments des environnements de travail complexes. Les relations entre les procédures, l'allocation des ressources et les cultures de travail sont étroitement liées aux structures organisationnelles locales, régionales, nationales et internationales. Il est important que les prestataires de soins de santé soient conscients de ces relations et de l'impact de leurs interactions avec les patients sur ces relations.

D'où l'importance de raisonner en facteurs contributifs lors de l'analyse de toute situation ayant un impact sur la sécurité du patient afin de bien englober toute la complexité du système. Ces facteurs contributifs sont au nombre de 7 : le patient lui-même, l'environnement, l'équipe, la tâche ou l'activité proprement dite, le matériel, le professionnel et le contexte institutionnel.

La clé pour identifier les actions efficaces repose sur l'alignement des interventions aux facteurs contributifs. Les interventions devraient toujours éviter de recourir à des solutions axées sur la personne (p. ex., une formation de rattrapage ou un renforcement des politiques ou des procédures qui imposent des actions aux individus). Il convient plutôt d'envisager des changements au niveau des systèmes pour remédier à des systèmes mal conçus.

f) Travail en équipe

Le travail en équipe au sein du CHU UCL Namur maximise la sécurité des patients, la qualité des soins et les résultats en matière de santé. Des soins sécuritaires et efficaces impliquent la coordination d'activités d'un système multi équipe. Les équipes interprofessionnelles performantes démontrent des capacités et des compétences qui sont essentielles à la mise en place d'une pratique collaborative sécuritaire, efficiente et efficace.

Il est de plus en plus important de pouvoir compter sur des équipes efficaces dans le domaine de la santé en raison des facteurs suivants :

- l'augmentation de la complexité et de la spécialisation des soins ;
- les comorbidités en hausse ;
- l'incidence croissante des maladies chroniques ;
- la pénurie générale de main d'œuvre.

Les bénéfices d'un travail en équipe efficace sont nombreux.

- Pour l'institution :
 - diminution de la durée d'hospitalisation ;
 - diminution des admissions imprévues et ré-admissions ;
 - meilleure accessibilité pour les patients.
- Pour l'équipe :
 - meilleure coordination des soins ;
 - meilleure communication et plus grande diversité professionnelle.
- Pour le patient :
 - meilleure satisfaction à l'égard des soins ;
 - prise en charge globale ;
 - acceptation du traitement facilitée ;
 - meilleurs résultats de santé et qualité des soins ;
 - diminution des erreurs médicales.
- Pour les membres de l'équipe :
 - meilleure satisfaction au travail ;
 - rôles plus clairs ;
 - amélioration du bien-être.

Un leadership performant est une caractéristique déterminante pour l'efficacité d'une équipe. Un chef d'équipe efficace facilite, coach et coordonne les activités des autres membres de l'équipe. Pour ce faire, il doit :

- accepter le rôle de leader ;
- demander de l'aide le cas échéant ;
- monitorer en permanence la situation ;
- fixer les priorités et prendre des décisions ;
- résoudre les conflits de l'équipe ;
- inviter les membres de l'équipe à s'exprimer librement et à poser des questions ;
- organiser des activités de formation et d'amélioration pour l'équipe ;
- être une source d'inspiration pour les autres membres de l'équipe et maintenir une culture de groupe positive.

g) Identification et gestion des évènements

La surveillance et la gestion des événements indésirables associés aux soins suppose de recueillir et d'analyser des informations concernant un événement, qu'il ait ou non causé un dommage au patient dans un milieu de soins. Le système de gestion des EI au sein du CHU UCL Namur est un élément essentiel permettant d'apprendre à partir de ses erreurs. Les leçons apprises grâce à la déclaration et l'analyse des EI* permettent à l'organisation d'identifier et d'éliminer les causes.

L'Analyse des causes racines se concentre sur le système et non sur le professionnel de santé. Elle considère l'évènement indésirable à l'origine du dommage causé (ou qui aurait pu être causé) au patient comme une défaillance du système.

Le modèle d'analyse des causes racines est axé sur la prévention et non sur la culpabilisation ou la sanction.

Ce type d'analyse s'intéresse aux vulnérabilités systémiques, pas aux performances individuelles. Ce modèle examine plusieurs facteurs tels que la communication, la formation, la fatigue, le calendrier des tâches/activités et du personnel, l'environnement, le matériel, les règles, les politiques de santé et les barrières.

La déclaration et l'analyse des évènements indésirables permettent, à partir des erreurs commises, d'apprendre aussi bien à un niveau individuel qu'au niveau d'une organisation.

Le principe à l'origine de l'analyse des causes racines est que la cause réelle d'un problème particulier est rarement immédiatement reconnaissable au moment de la survenue de l'erreur ou de l'évènement indésirable. Une évaluation superficielle ou biaisée d'un problème ne permet généralement pas de le régler et d'autres évènements pourront se produire dans des circonstances similaires.

L'une des principales raisons d'être de l'analyse des causes racines est le plan d'action qui en découle, qui se doit d'être efficace et centré sur le système. Une évaluation de la transversalisation ou généralisation possible des plans d'actions isolés doit également faire partie du système de gestion des évènements indésirables.

Le CHU UCL Namur encourage non seulement le signalement des évènements indésirables, mais également celui des «presqu'incidents», notamment pour la valeur ajoutée que ces derniers présentent en matière d'identification des nouveaux problèmes et des facteurs contributifs, ce qui permet ainsi de les éviter avant que des dommages graves ne soient causés aux patients.

Il est important de préciser que la notion de sécurité des patients n'est pas limitée à son intégrité physique mais que doivent également être prises en compte les notions de bien-être psychologique et d'accueil telles que :

- la prise en charge par des équipes expérimentées et professionnelles ;
- la communication et l'écoute bienveillante ;
- la bonne organisation de l'institution en ce qui concerne les transferts, les temps d'attente,... ;
- un environnement moderne, éclairé, offrant un sentiment de sécurité adéquat.

Les principales données d'entrée de ce genre d'évènements à analyser sont les évènements indésirables.

Toutefois, d'autres sources d'informations pertinentes existent et offrent matière à de nombreuses analyses, à évaluer de manière conjointe avec les évènements indésirables :

- les plaintes issues de patients ou de leurs familles. Ces plaintes, qui sont gérées prioritairement en médiation, renseignent potentiellement sur des dysfonctionnements de l'institution qui n'ont pas nécessairement été détectés par le personnel soignant et donc n'ont pas été déclarés en tant qu'évènement indésirable
- les enquêtes de satisfaction, qui représentent un outil majeur de recueil de l'avis des patients et de leur famille, et qui peuvent mettre le doigt sur des manquements à la prise en charge ou sur des idées d'amélioration.

h) Gestion des risques et amélioration continue

Agir sur les risques liés à la sécurité est un vaste concept qui englobe l'identification, l'évaluation, la réduction et l'atténuation des risques liés à la sécurité des patients et des prestataires de soins.

Une gestion des risques efficace implique tous les niveaux du service de santé. C'est pourquoi il est crucial que tous les professionnels de santé comprennent ce qu'est la gestion des risques, quels en sont les stratégies et objectifs, ainsi que leur importance sur leur propre lieu de travail.

La gestion des risques se concentre sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de leur organisation attendue ainsi qu'à l'identification et la gestion des circonstances et des situations qui exposent les patients à des risques de dommages.

Pour gérer les risques cliniques, le processus suivant en quatre étapes est fréquemment utilisé :

1. identifier les risques ;

2. évaluer la fréquence et la gravité des risques ;
3. réduire ou éliminer les risques ;
4. évaluer le risque résiduel.

L'identification et l'examen de chaque étape du processus de délivrance des soins constituent le fondement même de cette méthodologie. Une fois toutes les étapes du processus examinées, nous commençons à comprendre comment les différents facteurs sont reliés et interagissent et comment ils peuvent être mesurés.

L'amélioration continue de la qualité inclut tout processus ou outil qui vise à réduire un défaut de qualité systémique ou organisationnel. Dans la quête de l'amélioration par le changement, il n'est pas rare d'avoir recours à une approche par essais et erreurs. Cette même approche sous-tend le processus PDCA* utilisé pour effectuer toutes sortes d'améliorations, grandes et petites.

A noter que l'amélioration ne signifie pas toujours qu'il y a une défaillance. Cela pourrait simplement signifier qu'il existe une meilleure façon de faire. Parfois, des améliorations sont initiées en réponse à des défaillances cliniques, culturelles et opérationnelles, telles qu'une augmentation des infections ou une mauvaise implication des patients et du personnel.

De plus en plus, cependant, les projets d'amélioration se concentrent sur la prévention des problèmes avant qu'ils ne surviennent en analysant profondément les processus de soins et les opérations.

i) Communication et transparence vis-à-vis du patient et de sa famille

Les professionnels de la santé doivent engager un dialogue ouvert avec les patients et les membres de leur famille afin de promouvoir la sécurité des patients, de prévenir les incidents liés à la sécurité des patients et d'y réagir.

Ce pilier est axé sur les processus par lesquels les prestataires de soins de santé et les dirigeants en santé partagent et reçoivent des informations afin de développer des relations interpersonnelles positives dans des situations cliniques, à l'intérieur et à travers les organisations, et de soutenir l'engagement actif des patients ainsi que des soins sécuritaires et efficaces.

La divulgation est une obligation éthique, professionnelle et légale. Une divulgation ouverte, honnête et empathique profite aux patients et à leurs familles, aux prestataires de soins et à leurs organisations.

Les patients, ainsi que leurs familles, touchés par un incident majeur, veulent connaître l'étendue du préjudice, les faits entourant la façon dont il s'est produit et les mesures qui peuvent être prises pour prévenir ce préjudice à l'avenir.

De nombreux patients et familles souhaitent participer à la mise en œuvre de ces améliorations ou être informés de la mise en place de ces nouvelles mesures de sécurité.

En pratique, cela se traduit au sein du CHU UCL Namur notamment par les pratiques suivantes :

En cas d'évènement indésirable avec une conséquence majeure pour le patient (gravités 4 et 5 sur l'échelle de l'OMS), le patient et/ou sa famille seront informés par le corps médical sur la suite qui a été donnée à cet évènement.

Concernant les évènements avec une gravité moindre ou les presque-incident, un rapport simplifié sur les évènements indésirables et les évolutions de l'hôpital en terme de sécurité en découlant est affiché dans les unités de soins.

j) S'inspirer de ce qui se fait ailleurs

La plupart des acteurs du secteur hospitalier et extra-hospitalier sont soumis à la même volonté de proposer à leurs patients, résidents et enfants une prise en charge sécuritaire et efficace. Un grand nombre d'actions d'amélioration émanent chaque jour dans les différentes institutions, et auraient tout intérêt à être diffusées largement au profit du plus grand nombre afin d'avoir un réel impact positif sur la prise en charge de la population globale.

De nombreuses initiatives, collaborations et autres associations professionnelles existent, et les collaborateurs sont invités à étendre leur réseau et à identifier les idées qui pourraient être traduites au sein du CHU UCL Namur.

k) Certifications, normes et accréditations

Les normes et référentiels apparaissent comme des outils privilégiés pour la mise en œuvre pratique d'un système de Qualité. Leur rôle est double, servir de modèle de gestion et de progrès, ainsi qu'assurer la confiance et la satisfaction

de tous les bénéficiaires. Les normes se déclinent en deux catégories, elles sont génériques ou techniques. Les normes génériques peuvent être appliquées à tout organisme, qu'il soit petit ou grand, qu'il propose un produit ou un service, indépendamment de son secteur d'activité. Les normes génériques définissent des objectifs à atteindre mais laissent l'organisme choisir les moyens à mettre en place pour les atteindre. Les normes techniques sont plus spécifiques elles peuvent être utilisées seules ou pour compléter une norme technique.

Le CHU UCL Namur démontre son engagement dans des soins de qualité, en toute sécurité par la mise en place de normes génériques et techniques.

I) Patient-partenaire

Le Partenariat patient est un mode de collaboration entre un patient désireux d'être partenaire de ses soins et un professionnel de santé qui mettent en commun leurs savoirs respectifs de la vie avec la maladie.

Le partenariat patient se veut être une démarche complémentaire entre les professionnels de la santé et les patients. Il s'agit d'un processus innovant où le dialogue, l'écoute de l'autre et de ses savoirs constituent la base d'un échange constructif et bénéfique.

En effet, l'un des objectifs les plus importants d'une communication efficace est d'établir des partenariats avec les patients et leurs familles en tant que membres de leur propre équipe de soins de santé, ainsi que lorsqu'ils sont appelés à faire partie d'équipes de sécurité et de qualité.

La perspective des patients et des membres de leur famille sur les soins qu'ils reçoivent est en constante évolution. Il est fondé sur un sentiment de confiance et d'aisance vis-à-vis des processus de soins, et il est influencé par le contexte social et les valeurs au sein de la communauté.

Une communication efficace est avantageuse pour les patients et les prestataires de soins de santé, crée la confiance et est une condition préalable à l'obtention du consentement du patient.

Des informations claires et cohérentes permettent aux patients de comprendre les risques, les avantages et les résultats possibles des examens et des traitements, dans le but de participer en tant que partenaires à part entière à leurs propres soins et à la prise de décision partagée.

Il est également prouvé dans le cadre de recherche qu'un patient impliqué augmente ses chances d'acceptation et améliore sa trajectoire de vie. En outre, le développement du partenariat entre le patient et le professionnel de la santé va également avoir un impact positif sur la charge mentale du professionnel. Car c'est ensemble qu'ils prendront les décisions et porteront les "conséquences".

Si tous les patients doivent être partenaires de leurs soins et des décisions prises, certains peuvent être intégrés dans des démarches et réflexions institutionnelles. Pour ce faire, ils doivent disposer de différentes habilités.

4. Référence des documents utilisés et sources

- Guide pour les plans et les cadres conceptuels, *ACI*
- A framework for measuring and monitoring safety : A practical guide to using a new framework for measuring and monitoring safety in the NHS, *The Health Foundation*
- Guide pédagogique de l’OMS pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle, *OMS*
- Amélioration de la sécurité des patients – Dossier de préparation des partenariats, *OMS*
- The Incident Decision Tree: Guidelines for Action Following Patient Safety Incidents, *Meadows, Baker, Butler*
- Un cadre pour de soins sûrs, fiables et efficaces : white paper, *Institute for Healthcare Improvement*
- Measurement and Monitoring of Safety Framework e-guide : Better Questions, Safer Care, *Institutions multiples*
- Les compétences liées à la sécurité des patients, *CPSI*
- La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique, *HAS*
- Culture de sécurité : mieux comprendre pour agir plus efficacement, *HAS*
- Un guide à l’amélioration de la sécurité des patients, *CPSI*

5. *Abréviations

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets, et de leur Criticité La méthode AMDEC est un outil qualité d'analyse préventive permettant d'identifier et de traiter les causes potentielles de défauts et de défaillance avant qu'ils ne surviennent.

EI : Evènement Indésirable

PAQS : Plateforme pour l’Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients. La PAQS est une asbl qui a pour but de promouvoir, de soutenir et d’organiser le développement et la mise en œuvre de démarches d’amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les institutions de soins de santé à Bruxelles et en Wallonie. www.paqs.be

PDCA : La méthode PDCA signifie « Plan Do Check Act », ce qui peut se traduire en français par Planifier, Déployer, Contrôler, Agir. Ces quatre phases forment un cycle vertueux dit « Roue de Deming ». Elle est donc fondée sur le principe de répétition. Comme un cercle qui n’a pas de fin, le cycle PDCA doit être répété constamment dans une recherche d’amélioration continue.

PREC : Patient, Résident, Enfant, Collaborateur