



# Conclusion de la Réunion

**L'établissement a respecté les engagements de PACTE** et les résultats obtenus témoignent du gain en maturité de l'équipe,

**L'audit HAS est fixé au 20 mai de 14h à 15h30**

L'objectif sera d'échanger sur la démarche (les éléments de satisfaction, qu'est ce qu'on a appris du travail d'équipe (valorisation de la fonction, reconnaissance, contribution et reconnaissance...), qu'est ce qu'on apprend du patient (intérêt de l'impliquer, prendre en compte ses attentes pour un meilleur partenariat), comment on intègre la culture sécurité, qu'a apporté la formation CRM, quelles actions ont été menées et quel impact.....)

**L'équipe est encouragée à la prise de parole** lors de l'entretien d'audit car cela participe de la dynamique « équipe » et surtout elle peut être fière du travail accompli et a matière à valoriser les actions menées

A la suite de ce COPIL, **Frédéric ROLLIN**, Directeur Général Adjoint et **Cherifa NIMAL**, Directeur qualité gestion des risques et relation avec les usagers remercient et félicitent l'équipe sur la progression enregistrée et le travail accompli. Il est rappelé que, même si le dispositif prend fin en mai 2021, nous poursuivons cette dynamique afin de continuer à implémenter de nouvelles actions. L'encadrement continue à utiliser les outils mis en place et poursuit la formation des nouveaux arrivants à la démarche initiée.

Le **projet PACTE se poursuivra** avec comme objectif à terme d'intégrer à terme le patient, partenaire de l'équipe et acteur de sa prise en charge

1

# L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences

2

Critères 3.4-01 3.4-02 3.4-03

Principe

# L'ÉTABLISSEMENT SOUTIEN LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

>> L'ÉQUIPE, CLÉ DE VOÛTE DE LA QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

Enjeu

**Equipe : au sens unité fonctionnelle ou élargie au sens du parcours de soins**  
Ce qui fait équipe c'est l'engagement dans un projet commun, porteur de sens, dont les objectifs sont connus

## L'établissement soutient et favorise le travail en équipe

- ✓ Démarches collectives d'amélioration du travail en équipe
- ✓ Sensibilisation des professionnels au travail en équipe (Mises en situation...)
- ✓ Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, temps de travail partagés

## La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe

- ✓ Equipes développant des démarches spécifiques : PACTE, accréditation en équipe, ou autres dispositifs
- ✓ Travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes

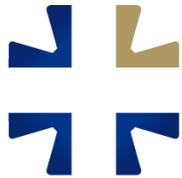
## Compétences individuelles et compétences collectives d'équipe

- ✓ Bonne adéquation compétences et mission
- ✓ Evaluation régulière des compétences
- ✓ Formations en équipe initiées



Compétences techniques et non-techniques

EQUIPE



**Hôpital Européen**  
MARSEILLE | *L'humain au cœur de nos soins*



# 01

## Rappel du contexte



# Pourquoi s'intéresser à l'équipe?

⇒ ENEIS 2010 : le **facteur équipe** représente **50 %** des causes profondes des EIG évitables survenant durant l'hospitalisation

⇒ Près de **70%** des événements sentinelles analysés par la Joint Commission font apparaître comme cause racine un **problème de communication**

⇒ Le travail d'équipe sécurise la PEC du patient et améliore la culture sécurité

- 27% reduction in nurse turnover (Dimeglio, 2005)
- 31% to 4% decrease in clinical error (Morey, 2002)
- Le score moyen pour les 12 domaines de la culture sécurité a augmenté de 9% des réponses positives après la formation (Jones F, 2013)

⇒ La participation a un programme de team training dans un bloc op diminue de **18 %** la mortalité après 2 ans d'efforts (Hôpitaux des Vétérans)



# L'équipe au centre- données de l'accréditation des médecins

▶▶ S'il n'est pas possible à ce jour d'identifier les causes de tous les EIAS, la HAS a pu analyser plus de 47 000 événements porteurs de risque\*.

## 3 CAUSES MAJEURES OBSERVÉES

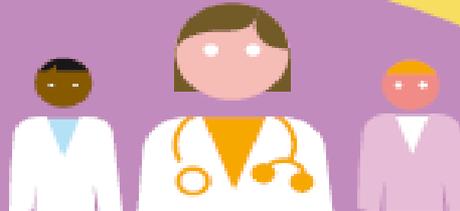
aux tâches à accomplir

23%



au travail en équipe

27%



au patient

15%



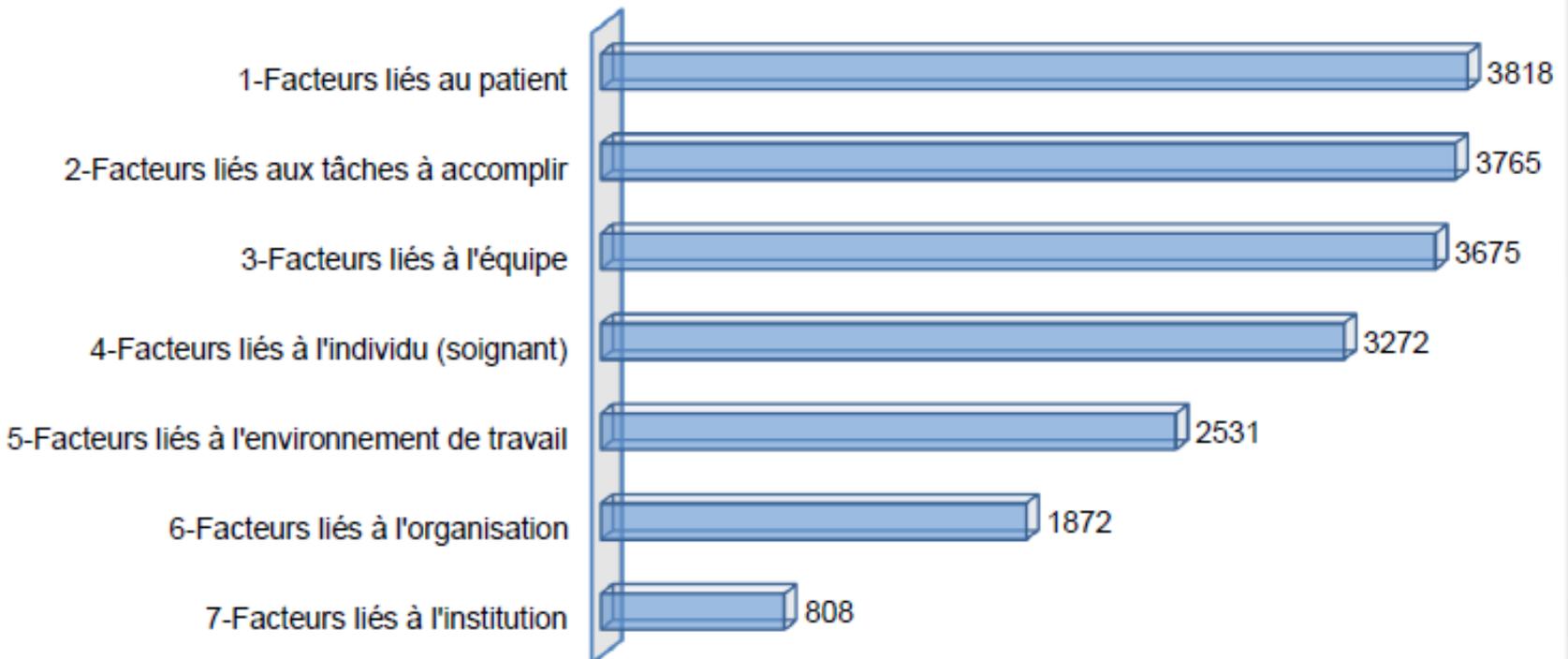
\*EIAS dont le préjudice a été évité au patient par le soignant



# L'équipe au centre- données de l'accréditation des médecins

Facteur lié à l'équipe retrouvé dans **42%** EIAS déclarés en 2020

Nombre de sélection des catégories de la grille ALARM dans les 8 499 déclarations d'EIAS acceptés (Choix multiples)





# Pourquoi s'intéresser à l'équipe?

## L'équipe:

1. constitue une **barrière de sécurité**
2. est un facteur de **qualité de la prise en charge** du patient
3. est un facteur de **santé et de bien-être au travail** pour les professionnels
4. est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux **besoins du patient**



## Construction d'une équipe,

- Compétence en soi à acquérir
- Il ne suffit pas de mettre ensemble des professionnels pour que ça fonctionne



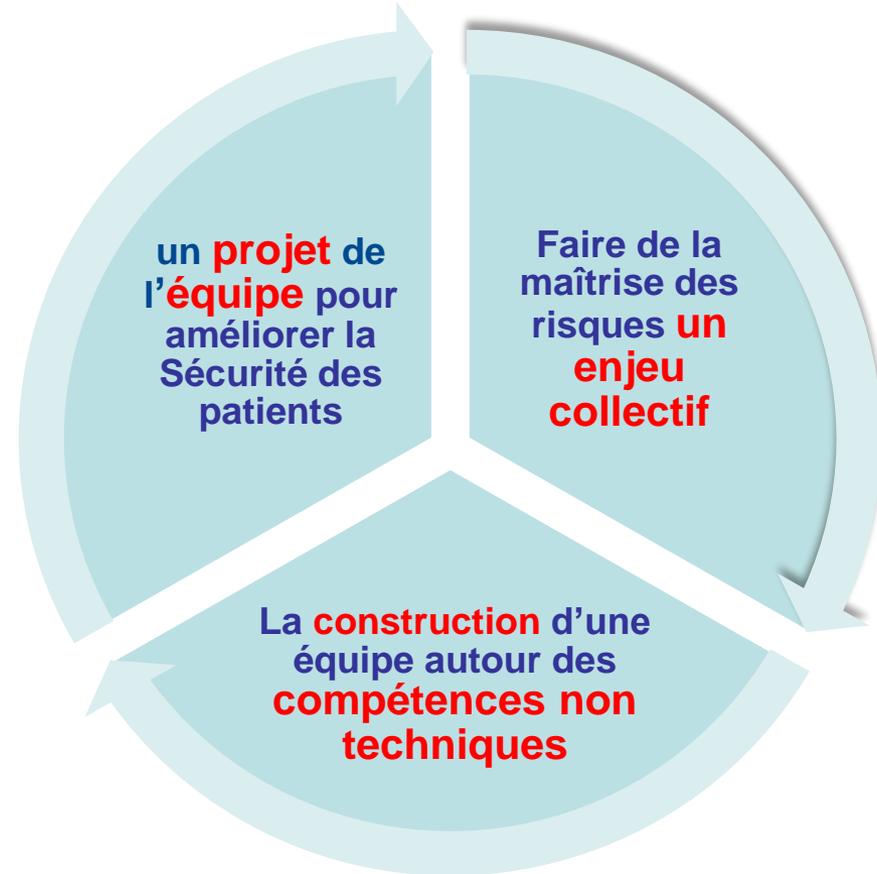
# Objectif Pacte

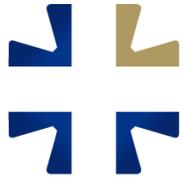
HAS

**Pacte** : C'est évaluer une performance d'équipe dont l'objectif principal est d'améliorer la sécurité du patient

Déterminants du travail en équipe :

- communication
- leaderships
- culture sécurité
- gestion des compétences
- QVT

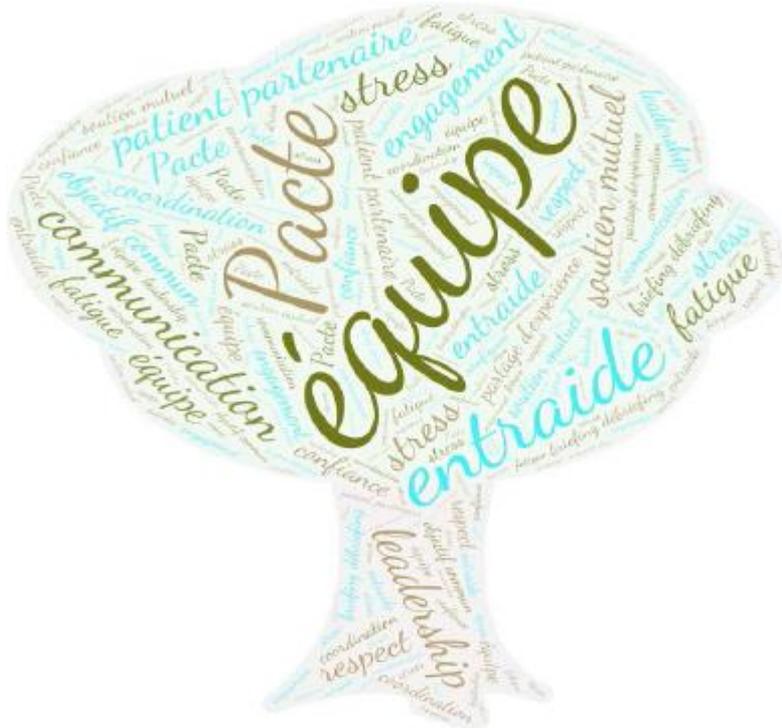




**Hôpital Européen**  
MARSEILLE | *L'humain au cœur de nos soins*

02

Le projet PACTE à  
HE







# Les points clés

**L'équipe: Service de soins intensifs cardiologiques  
Bloc coronarographie (2 salles)**

## **Le projet d'équipe**

- 1 : la coordination pluridisciplinaire USIC/BLOC CORO pour les actes interventionnels urgents (urgence vitale et relative)
- 2 : la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient (délai notamment)
- 3 : la sécurité des professionnels (gestion des situations stressantes et qualité de vie au travail)
- 4 : la cohésion et le "travailler ensemble" en confiance entre médecins et paramédicaux
- 5 : la valorisation des compétences techniques et non techniques de chacun des membres de l'équipe

**L'engagement formel et le plan de communication de lancement et de suivi**

## **Engagement sur 2 ans auprès de la HAS**



# PACTE 2019-2021

## 2019 1-Phase de diagnostic (8 mois)- Préparer, comprendre et partager

mar Mars à Octobre 2019

- 1 Constitution d'une équipe
- 2 Enquête de culture sécurisée (Questionnaire en ligne eFORAP)
- 3 CRM SANTÉ
- 4 Définition de la problématique  
Analyse des données disponibles (EJ, Plaintes, réclamation, Indicateurs...)
- 5 Définir les objectifs et le plan d'action

Outils de mesure:  
- Questionnaire culture sécurité  
- Matrice de maturité

## 2020 2- Phase de Mise en oeuvre (1 an)- Apprendre, mettre en pratique et suivre ensemble

nov Novembre 2019 à Novembre 2020

- 1 Plan de formation  
Méthodes et outils (Boîte à outil Pacte)
- 2 BRAINSTORMING - (outil 6)  
- Quel ? Qui ? Quand ? Ou ?  
- Analyse des pratiques (Patient traceur)  
- Questionnement du personnel
- 3 Formalisation plan d'action  
Priorisation de 2-3 axes
- 4 Utilisation supports:

Dynamique d'équipe:  
SAED/ BRIEFING-DEBRIEFING

Implication patient:  
FAIRE DIRE/ ASK-ME  
(ce qu'il a, ce qu'il doit faire, l'importance de le faire)

Outils:  
- Enquête de satisfaction  
- Suivi du plan d'action  
- Matrice de maturité

## 3- Phase de mesure à 2 ans- Septembre 2020 Consolider

dec Décembre à Mars 2021

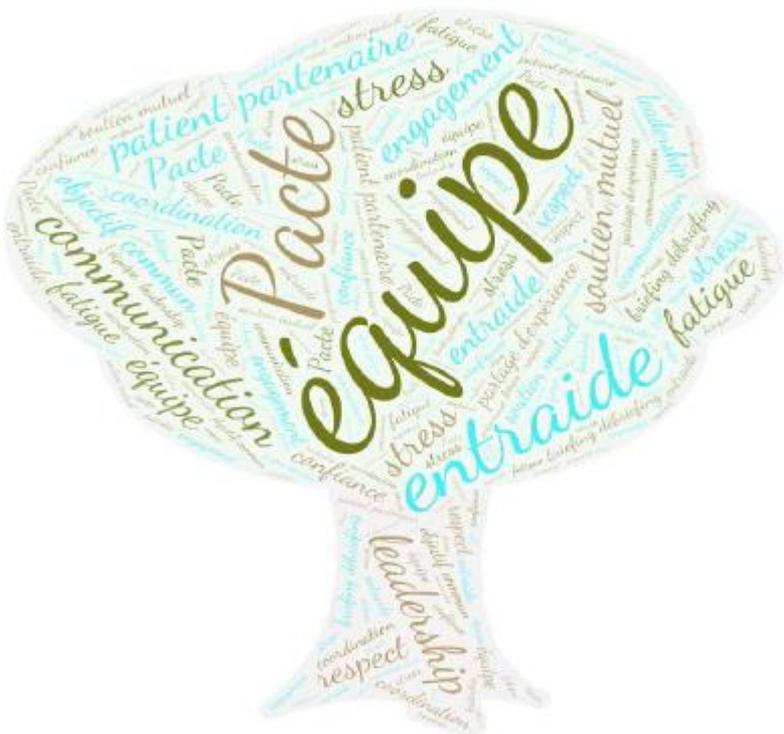
Évaluer :

- 1 La maîtrise de l'équipe
- 2 Les pratiques collaboratives
- 3 Les résultats:  
- suivi du plan d'action  
- suivi des indicateurs

Outils:  
- Suivi plan d'action  
- Indicateurs  
- Enquête de satisfaction  
- Questionnaire culture sécurité  
- Matrice de maturité

# 03

## La demande de reconnaissance HAS



# Check list d'aide à la décision d'engagement

Etape 1 : Etat d'avancement de la démarche		
L'équipe a finalisé <b>sa phase de diagnostic</b>	Oui	✓
L'étape de diagnostic est renseignée sur la plateforme PACTE	Oui	✓
L'équipe a défini <b>sa phase de mise en œuvre</b> : les actions de l'étape de mise en œuvre sont définies et sont en cours de déploiement	Oui	✓
L'étape de mise en œuvre est renseignée sur la plateforme PACTE	Oui	✓
		J'ai validé la première étape d'éligibilité

Etape 2 : Etat d'avancement des activités		
L'équipe a engagé <b>sa phase d'évaluation</b>	Oui	✓
○ Plan d'action à jour : les actions sont déployées et les mesures intermédiaires sont réalisées ou en cours de finalisation	Oui	✓
<b>Le bilan du programme Pacte à 2 ans est réalisé</b> (ou est en cours de finalisation)	Oui	✓
○ Matrice de maturité réalisée au moins une fois	Oui	✓
○ Enquête de satisfaction réalisée au moins une fois	Oui	✓
○ Module d'évaluation des pratiques collaboratives réalisé au moins une fois	Oui	✓
L'étape d'évaluation de l'ensemble de ces activités est renseignée sur la plateforme PACTE	Oui	✓
		Je suis prêt pour une reconnaissance externe

## 1. Echange avec référent PACTE HAS (2 mois avant fin

démarche) : **28 /01/2021** Participants: C NIMAL C NOUET JC SURET C THEVENOT C GIGLIONE Dr BARNAY

- Point sur avancement et maturité
- Validation demande de reconnaissance et saisie plateforme
- Planification rencontre EV HAS/ équipe PACTE

## 2. Date retenue : 20 Mai 2021 à 14h

- Participants : membres équipe EMC, dont binôme, équipe QGDRU dont facilitateur, représentants Direction + Représentant de SRA (Dr TARDIEU) + chef projet HAS + Expert visiteur PACTE
- Modalités : visioconférence
- Format : échange sur la démarche, la dynamique, les perspectives
- Objectif : évaluation niveau maturité -->niveau de reconnaissance HAS





1. Enquête Culture Sécurité : obligatoire 
  - Résultats d'entrée dans la démarche
2. Formation CRM avec l'appui de la structure régionale SRA : obligatoire 
  - 44 Professionnels formés (16/3/2019 ; 23/3/2019 ; 6/4/2019)
  - Problématique identifiée en lien avec les objectifs
3. Mesure maturité de l'équipe : matrice SHORTELL   
(obligatoire)
  1. Module évaluation des pratiques collaboratives 

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	66%
2. Fréquence de signalement des évènements indésirables	37%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	63%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	52%
5. Travail d'équipe dans le service	85%
6. Liberté d'expression	59%
7. Réponse non punitive à l'erreur	42%
8. Ressources humaines	55%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	48%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	36%

**4 dimensions  
à améliorer**

score  $\geq$  75% = Dimension développée

score  $\leq$  50% = Dimension à améliorer

## C'est quoi?... Un module de formation

- Crew Ressource Management: formation initialement développée par l'aéronautique transposé dans différents types de structures.
- permet de réaliser un diagnostic du fonctionnement d'une équipe dans le cadre de la mise en place d'un programme d'amélioration des pratiques (Pacte)
- But: accroître les performances de l'équipe.

**Module de formation réalisé avec l'appui de la SRA (3 sessions animées par le Dr TARDIEU et M. CRESCI )**

## Les axes retenus à l'issue de la formation = **FIL CONDUCTEUR** **PACTE?**

### Axe 1: Coordination dans la programmation USIC-BLOC

#### Engagements formulés

Mieux transmettre l'information Médecin /IDE

Améliorer l'attention portée aux informations importantes (IDE/Médecin)

Mieux communiquer l'information des patients décalés (coordination)

Coordination avec la médecine de ville

Mieux coordonner/ organiser la programmation (critères de passage)

Respecter les priorités de l'équipe (versus priorités de chaque groupe professionnel)

Gérer le bruit et les mouvements en salle blanche (bloc) et en USIC

### Axe 2: Travail sur la communication avec le patient

#### Engagements formulés

Respecter le calme pour le patient au bloc (engagement bloc)

Respecter les règles posées (notamment visites familles, perturbations)

## Ça a permis d'identifier quelle problématique PACTE?

### Axe 3: Développer la gestion des risques en équipe

#### Engagements formulés

Entraînement-simulation / situations d'urgence. Associer Team building et simulation  
Coordonner l'accompagnement des vacataires pour les situations d'urgence  
Pratiquer le débriefing à chaud afin de se dire ce qui n'a pas été  
Se dire les choses (débriefing express à chaud)  
S'organiser pour mieux coopérer notamment avec la mise en place de temps d'échange (débriefing, ...)  
Travailler sur les « consignes » téléphoniques  
Gestion des informations téléphoniques.  
Gérer l'utilisation des téléphones  
Mieux gérer les perturbations téléphoniques  
Gestion des informations à l'entrée  
Signaler en interne et indicateur sur des catégories de signalement (agression?...)

Module d'évaluation au travers de l'expérience du patient et de l'équipe.

**Cet audit a permis de refléter :**

- La qualité du contact entre professionnels de santé
- Une cohésion d'équipe qui s'exprime, notamment, par un bon climat général, des actes de solidarité, une bonne connaissance mutuelle des membres de l'équipe
- Une écoute des besoins du patient de son entrée à sa sortie
- Une présentation du service (organisation, personnels) au patient
- Une approche centrée patient (connaissance de son environnement personnel, de sa situation sociale...)

Parmi les axes retenus

- Information patient sur horaires et règles fonctionnement service/pictogramme
- Améliorer l'identification des professionnels intervenant

Stades SHORTELL	Niveaux	Axe stratégique : Quelles priorités ?	Axe technique : Quels outils ?	Axe structurel : Quel management, quelles ressources ?	Axe culturel : Quelle culture ?
Dynamique individuelle	1	VISION DE L'ÉQUIPE UNIQUEMENT BASEE SUR LA GESTION DES EFFECTIFS	LES MÉTHODES ET OUTILS VISENT UNIQUEMENT L'AMÉLIORATION DE LA COMPÉTENCE TECHNIQUE	LES RESPONSABLES DES ÉQUIPES PRENNENT SEULS LES DÉCISIONS	CULTURE INDIVIDUALISTE et CULTURE du SILENCE
Equipe en apprentissage	2	VISION DE L'ÉQUIPE UNIQUEMENT BASÉE SUR LES COMPÉTENCES TECHNIQUES INDIVIDUELLES	LES OUTILS VISANT L'AMÉLIORATION DE LA COMPÉTENCE EN ÉQUIPE SONT PONCTUELLEMENT UTILISÉS	LES REONSABLES GÈRENT SEULS LES CRISES	CULTURE D'AFFICHAGE
Dynamique collective en marche	3	VISION DE L'ÉQUIPE BASÉE SUR LE RESPECT DES BONNES PRATIQUES (CERTIFICATION, BONNES PRATIQUES CLINIQUES, etc.)	LES OUTILS PERMETTANT DE CONSTRUIRE ET SÉCURISER LE COLLECTIF SONT UTILISÉS PAR L'ÉQUIPE	LES RESPONSABLES SOLLICITENT LES RESSOURCES SPÉCIALISÉES EN MATIÈRE DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE MANIÈRE ISOLÉE.	CULTURE BUREAUCRATIQUE
Maîtrise du collectif	4	PILOTAGE DE L'ÉQUIPE BASÉE SUR LES DÉMARCHES DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ	LES OUTILS SONT MAITRISÉS ET PARTAGÉS EN ÉQUIPE DE MANIÈRE CONSENSUELLE.	L'ÉQUIPE PARTICIPE A LA PRISE DE DÉCISION.	CULTURE de TRANSPARENCE
Equipe proactive et résiliente	5	VISON DE L'ÉQUIPE BASÉE SUR DES VALEURS PARTAGÉES AU SEIN DE L'ÉQUIPE ÉTENDUES AU PATIENT	LES OUTILS SONT INTÉGRÉS AU QUOTIDIEN DANS LES COMPORTEMENTS	L'ÉQUIPE PREND EN COMPTE LA VALEUR LA CONTRIBUTION DE CHAQUE MÉTIER DE FACON ÉGALE	CULTURE PROACTIVE. MODÈLE SOLIDAIRE

Juillet 2019

## Situation de l'équipe EMC en PHASE 1 : Diagnostic du PACTE

Axes	Stratégique	Technique	Structurel	Culturel
<b>Stades Shortell</b>	Equipe en apprentissage	Equipe en apprentissage	Maitrise du collectif	Dynamique individuelle
<b>Niveau</b>	2	2	4	1
<b>Etat</b>	<p><b>VISION DE L'ÉQUIPE UNIQUEMENT BASÉE SUR LES COMPÉTENCES TECHNIQUES INDIVIDUELLES</b></p> <p>L'efficacité de l'équipe repose uniquement sur les compétences techniques individuelles.</p> <p>Les difficultés de fonctionnement sont encore considérées comme liées à des personnes.</p> <p>Le patient dispose de supports d'information.</p>	<p><b>LES OUTILS VISANT L'AMÉLIORATION DE LA COMPÉTENCE EN ÉQUIPE SONT PONCTUELLEMENT UTILISÉS</b></p> <p>Les réunions d'analyse de pratiques sont très techniques. Seule une partie de l'équipe est associée. Des outils de la qualité et de la sécurité des soins existent mais sont utilisés par quelques initiés (signalement des EI, analyse systémique des événements indésirables, CRM, etc.). Les outils disponibles sont peu connus et les formations peu développées.</p>	<p><b>L'ÉQUIPE PARTICIPE A LA PRISE DE DÉCISION.</b></p> <p>L'expression de tous les membres de l'équipe est intégrée dans la pratique quotidienne (réunion d'équipe, CREX, RMM, etc..)</p> <p>Les structures de gestion de la qualité et de la sécurité sont connues. Les managers sont tous formés aux modalités de prises de décisions collectives. Leurs équipes sont associés aux décisions. Les patients sont régulièrement consultés sur le fonctionnement du service.</p>	<p><b>CULTURE INDIVIDUALISTE et CULTURE du SILENCE</b></p> <p>Il n'y a pas de sentiment d'appartenance à une équipe.</p> <p>Rien ne filtre à l'extérieur : culture du silence (moins on déclare et plus on est tranquille).</p> <p>Les individus sont considérés comme la cause des dysfonctionnements. Il y a une culture du blâme qui rend les professionnels réticents à signaler les événements indésirables.</p> <p>Les professionnels définissent entre eux le niveau d'informations utile au patient. (Moins on déclare plus on est tranquille). Les individus sont considérés comme la cause des dysfonctionnements. Culture du blâme, réticence au signalement.</p> <p>Culture d'affichage : Les grands principe de fonctionnement d'équipe et de sécurité des patients sont affichés mais ne traduisent pas des actions concrètes.</p>

# PHASE DIAGNOSTIC- Année 2019

## Janvier -Février -Mars- Avril:

**21/01 et 23/01 - 01 et 05/02 -08/02:** Pré-information aux équipes de l'entrée dans le dispositif PACTE / Catherine THEVENOT (5 réunions)

**Réunion le 07/02 :** Listing personnels et secteurs concernés avec Binôme qualité > prévision COPIL PACTE

**13/02:** Briefing puis lancement des questionnaires cultures sécurité

**14/02:** Réunion avec la SRA pour planification de la formation CRM

**16/03, 23/03 et 06/04 :** Formation CRM par la SRA (3 Réunions)

**37 réunions**

## Mai-Juin -Juillet-Août :

**09/05/2019:** Débriefing sur les axes à travailler

**21/05 -22/05 et 23/05:** Point retour sur la formation CRM + Flash info aux équipes par C. THEVENOT (3 réunions)

**03/06:** Réalisation de l'évaluation des pratiques collaboratives

**12/06/2019:** Point pour planifier les dates de retour de l'enquête culture sécurité « CS »

**17/06 - 19/06 - 24/06 – 01/07- 03/07 -08/07>** Restitutions aux équipes de l'enquête CS (8 réunions)

**15/07-17/07-30/07- 17/08- 06/08:** Présentation outils SAED + cartes Qualirel- (10 Réunions au total )

## Septembre – Octobre – Novembre – décembre:

**13/09:** Réunion de suivi phase diagnostic

**01/10:** Réunion fin de la phase Diagnostic



## Réunions et rencontres régulières équipes

### jour nuit (nb)

Dimensions à améliorer	Indicateur enq CS 1
Fréquence des signalements	88%
Réponse non punitive à l'erreur	88%
Travail d'équipe entre les services de l'établissement	36%

OBJECTIFS - LIBELLE	ACTIONS	INDICATEURS	Type d'in	PILOTE	DEBI	PREVU	ECHÉ	ETAT D'AVANCEMENT	MODALITE DE SUIVI	RESU
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Formaliser une charte d'engagement en 5-6 pts (Charte EMC)		HE CAR DIV 2019.0142	P.B.-C.T-Cellule GDR	11/07/2019	30/11/2019	31/12/2019	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Formaliser un mémo (Comment déclarer?) sous forme d'un tapis de souris	NB EI évolution 2019-2021		Cellule GDR	11/07/2019	30/11/2019	31/12/2019	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Sensibiliser les médecins au CREX-RMM et mettre en place dans l'unité EMC des CREX-RMM (les 1er mardi paire de chaque mois)	NB CREX/RMM		Cellule GDR		26/08/2020	31/07/2020	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Mettre en place des réunions périodiques de revue des EI de l'unité EMC	1 trimestre	Nb de réunion annuel	Cellule GDR		26/08/2020	31/07/2020	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Sensibiliser les professionnels à la gestion des risques et au signalement	Nb de prof formés: 42	émargement	Cellule GDR		26/08/2020	06/07/2020	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	sensibiliser à la charte de fonctionnement CREX-RMM	HE GDR DIV 2013 0863		Cellule GDR		26/08/2020	31/10/2020	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Sensibiliser l'équipe sur le travail en équipe au moyen de cartes Qualirel (sous forme de BD)			C. THEVENOT	11/07/2019	01/09/2019	31/08/2019	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Afficher et mettre à disposition la procédure de signalement			C. THEVENOT	11/07/2019	01/09/2019	30/08/2019	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Mettre en place un tableau blanc pour retranscrire les mémos et les échanges d'information au sein de l'USIC et bloc coro			C. THEVENOT	11/07/2019	01/09/2019	30/08/2019	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Sensibiliser les cadres sur un d'une réunion de cadre sur l'état d'esprit lors des déclarations	émargement	38 participants	N. HESSMANN	01/10/2019	11/10/2019	01/12/2019	FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Informar les usagers sur le signalement des événements indésirables lors de la journée des usagers			C. THEVENOT		01/11/2020		FAIT		
nouquer la culture du signalement et développer la 3DR	Réaliser des ateliers de destinations des professionnels sur le signalement des EI et le but de PACTE			COMJIC SURET				FAIT		
obtenir la concession d'équipe avec les services de l'établissement	Identifier un référent de bancardiers pour les transports USIC -> H3021 (copie) / DELMAREZ Josiane et un bancardier référent du SIC			M. ALLAIS J. DESMAREZ	01/09/2019	30/10/2019	31/12/2019	FAIT		

**A fin octobre 2020 - Le taux de réalisation des actions est de 88%. DONT utilisation outils préconisés (qualirel, briefing, debriefing; SAED, Charte EMC Pacte, AMPATTI...)**

# PHASE DE MISE EN OEUVRE- Année 2020

## Novembre

**21/11:** Journée sécurité et gestion des risques: 203 personnes sensibilisées

**12/12:** Présentation phase 2 PACTE

**18/12-20/12:** Réalisation matrice de maturité 1 > Erreur d'identitovigilance

## Janvier -Février -Mars- Avril:

**06/01 :** CR Phase de mise en œuvre, revu du plan d'action

**22/01:** Point d'avancée sur les actions avec le binôme qualité

**02/02:** Réunion avec l'équipe entrée phase de mise en œuvre

**06/02:** Patient traceur réalisé en service H3U2

**04/03:** Retour des résultats des indicateurs Esatis 2019

## Mai-Juin -Juillet-Août :

**29/05:** Réalisation matrice maturité 2 Risque lié à une chute

**03/06:** Restitution des indicateurs Esatis du T1 2020

**05/06-09/06-10/06:** Point Matrice de Maturité EI Relatif à une chute

## Septembre – Octobre – Novembre – décembre:

**05/10:** Restitution des indicateurs Esatis du T2 2020

**05/10:** Mise à jour du plan d'action

**13/10:** Réunion fin de la phase de MEO

**20/10:** Restitution des indicateurs Esatis du T3 2020

**11/12:** point état d'avancée des actions

**20/12 -21/12- 22/12:** Point équipe suivi des actions

**21/01/2021:**Restitution des indicateurs Esatis du T4 2020

**23 réunions**

# Journée sécurité-gestion des risques

**Mieux communiquer pour mieux prévenir les risques:**  
203 personnes sensibilisés le 21/11/2019

92 usagers soit 45%  
111 professionnels soit 55%

## PACTE- PROGRAMME D'AMELIORATION CONTINUE DU TRAVAIL EN EQUIPE

*« Faire de la sécurité une priorité d'équipe, intégrée au quotidien dans la pratique »*

**L'équipe de cardiologie est engagée dans le Programme PACTE développé par la HAS**  
Objectif : Améliorer la sécurité du patient.

Ressources pour accompagner l'équipe :

- Un Binôme référent : Médecin + cadre/un facilitateur, la cellule qualité
- Des Ressources « SRA » Structure Régionale d'Appui

### ❖ DES ENGAGEMENTS A RESPECTER :

#### PHASE DIAGNOSTIC

- Pour identifier nos forces et nos faiblesses
- Pour mesurer notre niveau de culture sécurité
- Pour s'engager sur des priorités impliquant le collectif

**Formation Santé\***  
**\*Obligatoire**

**Enquête culture sécurité\***  
**\*Obligatoire**

#### Les 10 dimensions du questionnaire HSOPSC

1. Perception globale de la sécurité
2. Fréquence de signalement des EIAS
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques
4. Organisation apprenante et amélioration continue
5. Travail d'équipe dans le service
6. Liberté d'expression
7. Réponse non punitive à l'erreur
8. Ressources humaines
9. Soutien du management pour la sécurité des soins
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement

HAS

*Nous sommes ICI*



#### PHASE DE MISE EN ŒUVRE

- Identifications des actions d'améliorations sur les thématiques choisis par l'équipe
- Mise en œuvre des actions
- Mesure de l'impact sur la performance équipe et par voie de conséquence sur la sécurité des prises en charge



Suivi et mesures des indicateurs



#### PHASE DE MESURE

- Mesure de l'évolution des compétences collectives et de la performance d'équipe.
- Utilisation des outils d'évaluation (matrice de maturité, patient traceur PACTE, culture sécurité, indicateurs).
- visite de l'expert de la HAS pour la reconnaissance du label PACTE



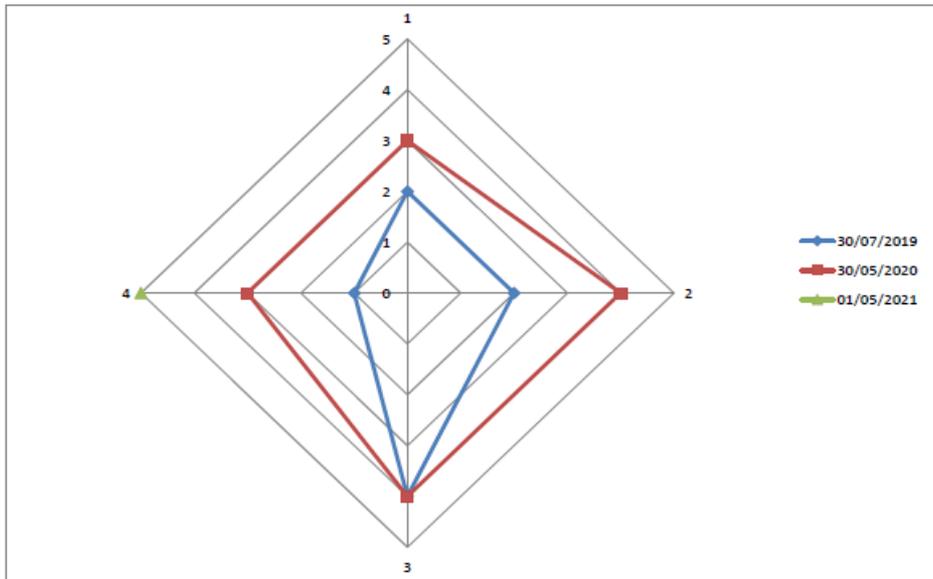
### ❖ LE BUT DU PROGRAMME :

**UNE EQUIPE D'EXPERTS**



**UNE ÉQUIPE EXPERTE**

Maï 2020

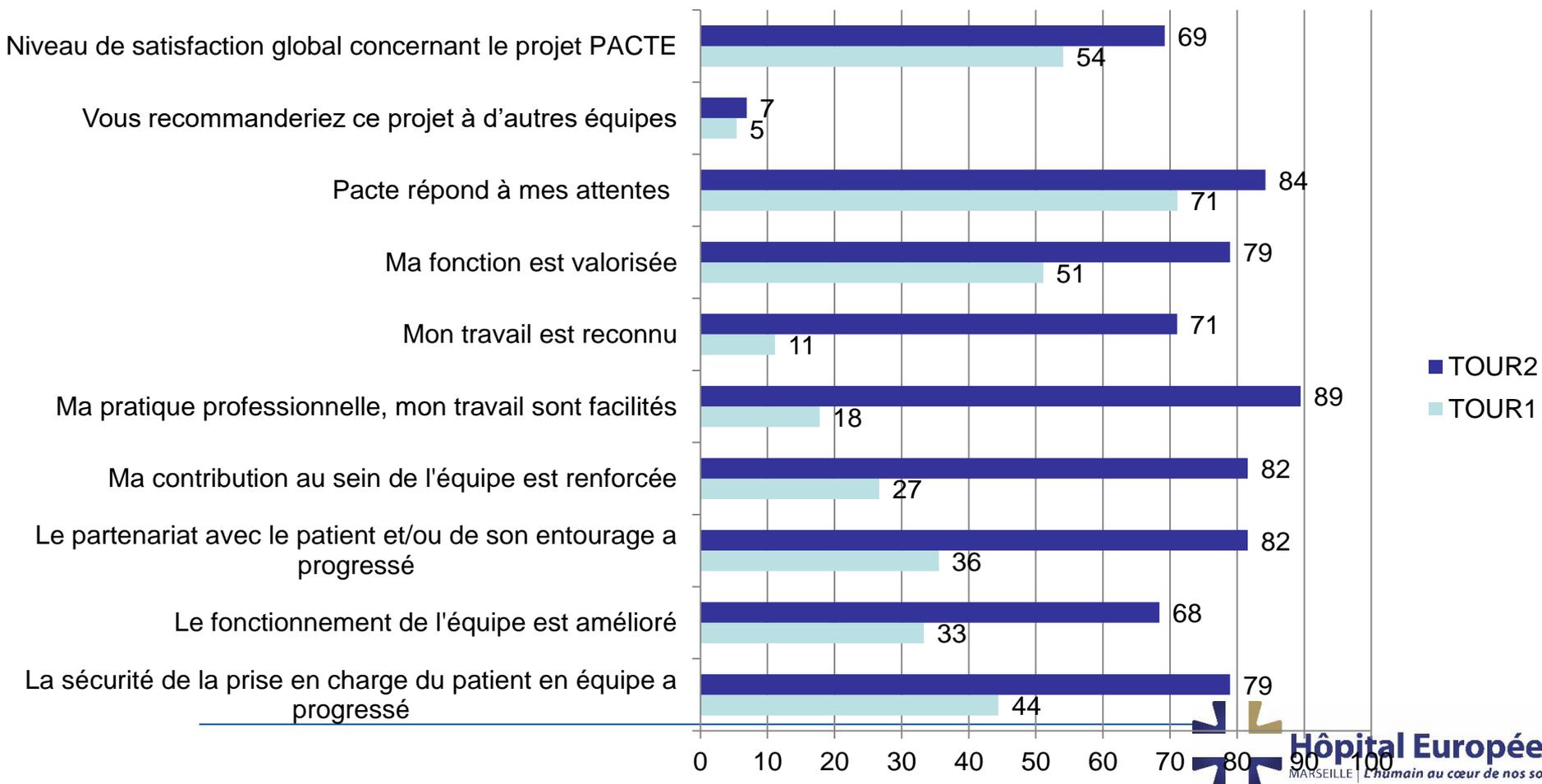


## Matrice de SHORTELL T 2

Cas	AXE STRATEGIQUE	TECHNIQUE	STRUCTUREL	CULTUREL
Cas 1 (El relatif à une erreur d'identitovigilance)	2	2	4	1
Cas 2 (El relatif à une chute)	3	4	4	3

1<sup>ère</sup> enquête de satisfaction en début de la phase de mise en œuvre du plan d'actions :

2<sup>ème</sup> enquête de satisfaction à 6 mois de la phase mise en œuvre



Phase d'évaluation  
4 à 6 mois max

12. faciliter l'organisation de la  
mesure à 2 ans

Enquête culture sécurité

Animation matrice de maturité

Enquête de satisfaction

Evaluation des pratiques  
collaboratives

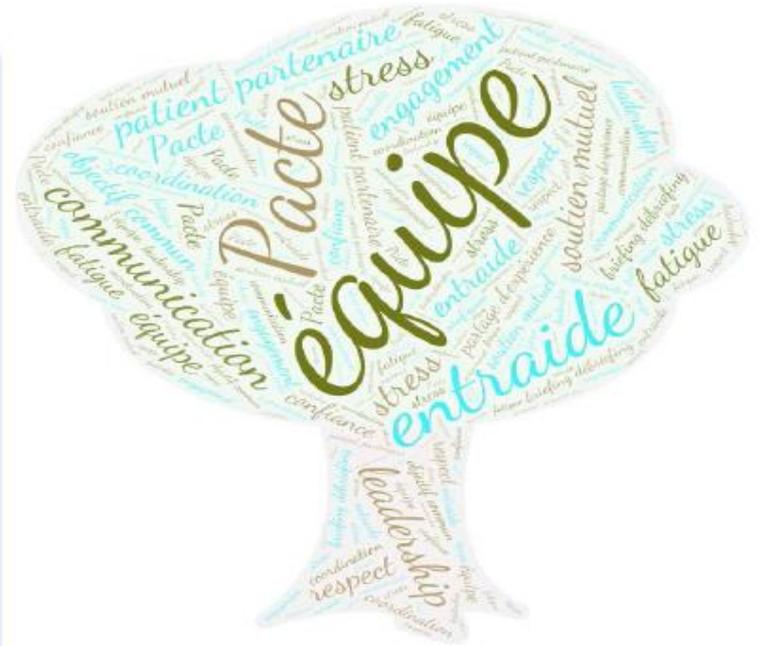
13. Révision du plan d'action

Bilan de fin de projet

8. Le plan de communication



Partage d'expérience



# Points clés phase évaluation

Dimensions de la culture de sécurité

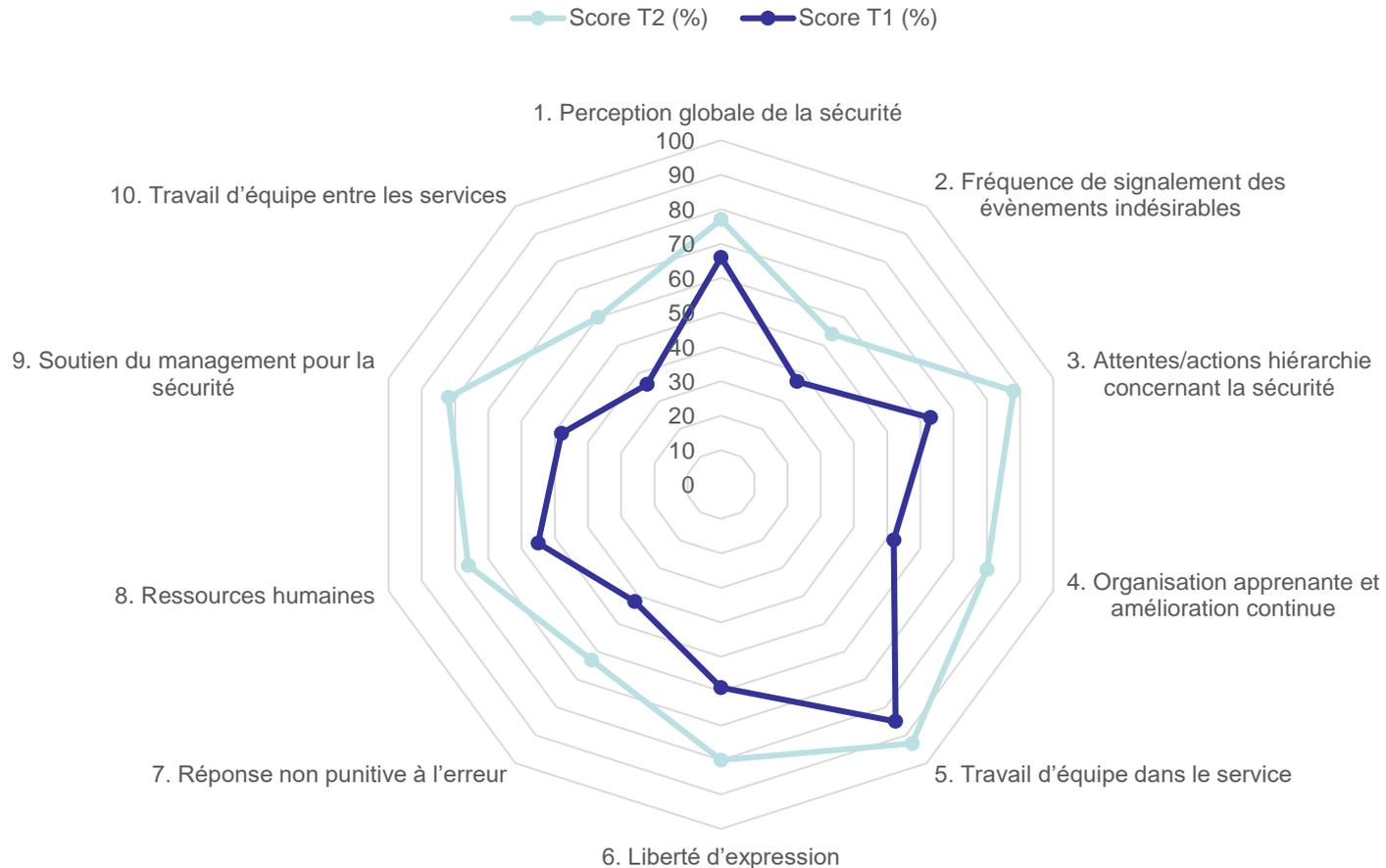
Scores (%)

T1

T2

Dimensions de la culture de sécurité	Scores (%) T1	T2
1. Perception globale de la sécurité	<b>66%</b>	<b><u>77%</u></b>
2. Fréquence de signalement des évènements indésirables	<b><u>37%</u></b>	<b>54%</b>
3. Attentes/actions hiérarchie concernant la sécurité	<b>63%</b>	<b><u>88%</u></b>
4. Organisation apprenante et amélioration continue	<b>52%</b>	<b><u>80%</u></b>
5. Travail d'équipe dans le service	<b><u>85%</u></b>	<b><u>93%</u></b>
6. Liberté d'expression	<b>59%</b>	<b><u>80%</u></b>
7. Réponse non punitive à l'erreur	<b><u>42%</u></b>	<b>63%</b>
8. Ressources humaines	<b>55%</b>	<b><u>76%</u></b>
9. Soutien du management pour la sécurité	<b><u>48%</u></b>	<b><u>82%</u></b>
10. Travail d'équipe entre les services	<b><u>36%</u></b>	<b>60%</b>

résultats T2 vs T1

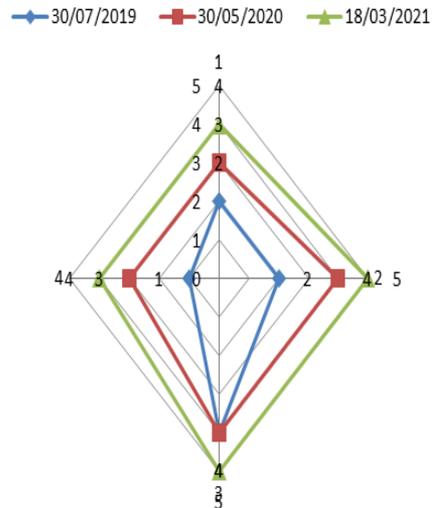


Mars 2021



CAS		AXE STRATEGIQUE	AXE TECHNIQUE	AXE STRUCTUREL	AXE CULTUREL
CAS 1	EI en date du 30/07/2019 N° 4726 Service Bloc Coro Situation : Erreur identitovigilance patient	2	2	4	1
CAS 2	EI en date de Mai 2020 Situation : Chute d'un patient de la table d'examen	3	4	4	3
CAS 3	<u>EI relatif à la prise en charge d'un patient agressif</u>	4	5	5	4

## Distribution de la matrice de maturité



# Evaluation des pratiques collaboratives

## Questions pour le patient, 30 minutes

1 Quelles instructions (informations et conseils) avez-vous reçu avant d'entrer dans l'ES et par qui?

2 Qui vous a accueilli et parlé du service où vous êtes hospitalisé?

3 Qui connaissez-vous et qui vous connaît dans cette équipe?

4 Que vous a-t-on expliqué de vos soins et par qui?

5 Comment et qui vous a fait participer à votre parcours de soins ?

6 Quelle ambiance dans le service?

7 Vous a-t-on parlé de votre sortie et des suites éventuelles?

Parcours patient

Entrée

Principe de 3 questions de mise en situation pratique pour établir chaque étape du micro diagnostic

Sortie

1 Avant l'hospitalisation du patient, qui a fait quoi ? Quelle articulation et quelles modalités (orales ou écrites) de communication des informations au sein de l'équipe?

2 Les soignants et médecins de l'équipe se connaissent-ils ?

3 Les soignants et médecins connaissent-ils ce patient ?

4 Les soignants et médecins, ont-ils une bonne compréhension réciproque du projet de soins personnalisé (PPS) de ce patient ?

5 Comment faites-vous participer ce patient à son PPS ?

6 Quelle est la dynamique de l'équipe ?

7 Les soignants et médecins savent-ils où ce patient part et comment ?

## Questions pour les soignants, 60 minutes

# Evaluation des pratiques collaboratives

Communication	
<b>Mots clefs</b> : qualité de l'information, répartition des rôles pour la délivrance de l'information, utile et au bon moment, compréhension partagée pour l'appréciation de la situation du patient	
<b>Niveau attendu</b>	<b>La communication est effective. Elle implique tous les professionnels dans le partage des informations utiles à leurs fonctions, au bon moment, afin de permettre une compréhension partagée de la situation du patient.</b>
<b>Notamment Éléments positifs</b>	Très bonne cohésion d'équipe, un soutien mutuel et un partage d'information entre les professionnels. L'information délivrée au patient est satisfaisante.
<b>Cependant Axes d'amélioration</b>	NA
<b>Synthèse</b>	Dans cette équipe la communication est à un niveau élevé, les équipes échangent les informations relatives au patient. De plus l'outil SAED et FAIRE DIRE ont été présentés et utilisés dans cette unité, les informations sont structurées.

# Evaluation des pratiques collaboratives

Implication du patient/entourage	
<b>Mots clefs</b> : Information, participation, alerte, qualité des relations	
Modalités rédactionnelles	
<b>Niveau attendu</b>	<b>La communication avec le patient permet à la fois de délivrer l'information utile, au bon moment et de façon claire au patient, et de récupérer de l'information de la part de celui-ci. Avec l'accord du patient, sa participation est requise selon les modalités définies avec lui et l'équipe. Les professionnels ont intégré le patient comme un partenaire de l'équipe.</b>
<b>Notamment Éléments positifs</b>	Très bonne cohésion d'équipe, un soutien mutuel et un partage d'information entre les professionnels. Le patient est très impliqué dans sa prise en charge. Bonne connaissance des membres de l'équipe  Accessibilité des médecins Communication inter équipe e confiance
<b>Cependant Axes d'amélioration</b>	<b>NA. Dans le contexte actuel (COVID19) les échanges avec les familles ne sont possibles que par téléphone, ce qui coupe les interactions.</b>
<b>Synthèse</b>	La patient est très impliqué dans sa prise en charge, il sait décrire sa pathologie ainsi que les examens passés et à venir.

# Evaluation des pratiques collaboratives

Synergie d'équipe	
<p><b>Mots clefs :</b> Ambiance, collaboration, confiance, alerte, définition des rôles et responsabilités, coordination, partage des objectifs et des résultats</p>	
Modalités rédactionnelles	
<b>Niveau attendu</b>	<p>Les membres de l'équipe ont défini leurs rôles et leurs responsabilités. Ils se connaissent, collaborent, se coordonnent et donnent l'alerte si besoin, dans une ambiance de confiance et d'entraide mutuelle ; ils partagent les objectifs et les résultats.</p>
<b>Notamment Éléments positifs</b>	<p>Les soignants et médecins communiquent facilement entre eux et systématiquement sur les difficultés organisationnelles. Des débriefings à chaud sont souvent réalisés.</p> <p>Les membres de l'équipe peuvent compter les uns sur les autres.</p> <p>Partage de l'information au sein de l'équipe. Dossier informatisé permettant le partage des informations utiles à la PEC</p> <p>Prise en charge personnalisée</p> <p>Bonne connaissance du patient</p>
<b>Cependant Axes d'amélioration</b>	NA
<b>Synthèse</b>	<p>Les membres de l'équipe se coordonnent et interagissent sur les éléments clés. Les rôles et responsabilités de chacun sont définis.</p>

# Evaluation des pratiques collaboratives

## Gestion des risques en équipe

**Mots clefs :** culture sécurité, déclaration des événements indésirables, alerte et soutien

### Modalités rédactionnelles

<b>Niveau attendu</b>	Les membres de l'équipe ont acquis une culture de sécurité. Les EIAS sont signalés et analysés en équipe ; ils donnent lieu systématiquement à un retour d'expérience. La parole est libre, chacun se sent responsable de porter l'alerte sans crainte ; un soutien mutuel est assuré en cas de besoin.
<b>Notamment Éléments positifs</b>	La gestion des risques est un des champs identifié dans PACTE. L'équipe a connaissance des CREX et RMM. La déclaration des fiches de signalement continue d'augmenter.  L'équipe a conscience de la pertinence de la déclaration d'un évènement indésirable.  Existences de staff
<b>Cependant Axes d'amélioration</b>	Poursuivre l'incitation au signalement et la participation au CREX-RMM
<b>Synthèse</b>	Le nombre EI déclarés a augmenté de façon importante, les équipes sont sensibilisées à la gestion des risques. En revanche il faut soutenir cette démarche et encourager les équipes dans cette dynamique.  et encourager les équipes dans cette dynamique.

# PHASE DE MESURE- Année 2021

**Janvier -Février -Mars- Avril:**

**21/01:**Restitution des indicateurs Esatis du T4 2020

**08/02:** Point de suivi des actions

**11/02-12/02:** Réalisation patient traceur en USIC et H3U2

**16/02-17/02-23/02:** Restitution phase de Mise en œuvre équipe bloc coro

**02/03-03/03-08/03-09/03-10/03:** Restitution phase de Mise en œuvre équipe de jour et de nuit (5 réunions)

**12/03:** Réalisation AMPATTI

**18/03-19/03:** Matrice de maturité EI sur la gestion de l'agressivité

**23/03:** Point PACTE avec le binôme qualité

**A venir 20/05:** **Evaluation à distance par équipe HAS**

**16 réunions**

# Quelques indicateurs

AXES	Libellé	2019	2020
<b>Inculquer la culture du signalement et développer la GDR</b>	Nb EI signalés H3U2 EMC	8	25
	Nb EI signalés Bloc Cardio + USIC	3	12
	Nb de CREX EMC	1	3
	Nb participation à des CREX (hors EMC)	2	11
	Nb de RMM service EMC	0	1
	Nb de participation RMM (hors EMC)	3	2
	Nb de participation à la Cellule QGDR avec	12	10
	Nb réunion service avec le gestionnaire des risques (Debrief et suivi EI)	-	6
	Taux de personnes formées à la qualité	100%	80%
	Taux de personnels formés au binôme qualité	-	100%

# Quelques indicateurs

AXES	Libellé	2019	2020
<b>Favoriser la cohésion d'équipe avec les services de l'établissement</b>	Nb flash info	251	253
	Nb staff	251	253
	Nb réunion de service	1	1
	Nb de réunion PACTE	37	23
	Taux de satisfaction PACTE	77,2% attribuent une note < 5/10	94,7% attribuent une note < 5/10

# Quelques indicateurs

AXES	Libellé	2019	2020
<b>Améliorer l'expérience patient</b>	Taux d'écart programmation	-	97%
	Taux satisfaction patient Esatis national	73% C	76,14% B
	Taux de satisfaction patient Extractions à partir de esatis retraitées par Cellule qualité	81,65%	81,62%
	Nb de remerciements	-	2
	Nb de plaintes et réclamations	-	5
	Nb de personne formés aux méthodes expérience patient	2 IEP	1 Ampatti
	Taux de patient qui avaient des questions	89,71%	93,51%
	Taux de patient qui ont reçus des infos sur leur suivi	86,66%	85,71%

# Des questions ?