

Programme d'amélioration
continue du travail en équipe

————— Pacte —————

**Programme d'Amélioration Continue
du Travail en Equipe – Pacte -**
Rapport intermédiaire sur l'expérimentation

Ce rapport est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service Communication – information

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Introduction	5
Partie 1 : L'expérimentation	6
1. Les modalités de l'expérimentation.....	7
1.1. L'origine du programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte)	7
1.2. Les objectifs opérationnels proposés aux équipes	9
1.3. Les équipes engagées dans l'expérimentation.....	10
1.4. Les étapes du programme.....	10
2. Bilan de l'expérimentation.....	14
2.1. Engagement de la Direction	14
2.2. Soutien méthodologique tout au long du projet	14
2.3. Phase de diagnostic	16
2.4. Phase de mise en œuvre.....	18
3. Premiers enseignements	20
3.1. Composantes incontournables	20
3.2. Conditions de réussite	20
3.3. Points de vigilance.....	21
3.4. Ce que les équipes feraient différemment	21
Partie 2 : Monographie par équipe	22
Préambule.....	23
1. L'équipe de chirurgie de l'Hôpital privé de Villeneuve d'Ascq.....	24
2. L'équipe de soins de suite et de réadaptation du Centre Hospitalier de Laon.....	35
3. L'équipe de Dialyse de l'Institut Mutualiste Montsouris	41
4. L'équipe de l'Hospitalisation à Domicile La Croix Saint-Simon à Paris.....	48
5. L'équipe du service de médecine physique et réadaptation de l'Hôpital Victor Dupouy à Argenteuil.....	54
6. L'équipe de psychiatrie de la Clinique Ker-Yonnec	64
7. L'équipe de réanimation polyvalente de l'enfant du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers	69
8. L'équipe d'oncologie médicale de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest à Nantes	76
9. L'équipe de médecine interne, maladies infectieuses, maladies du sang, du Centre Hospitalier de Cornouaille à Quimper.....	81

10.	L'équipe du service de chirurgie de la Clinique des Cèdres à Cornebarrieu	88
11.	L'équipe de chirurgie oncologique de l'Institut BERGONIE à Bordeaux.....	93
12.	L'équipe de pneumologie adulte des Hospices Civils de Lyon	98
13.	L'équipe de soins de suite et de réadaptation du Pôle Gériatrique de Mar Vivo à La Seyne/Mer	103
14.	L'équipe de réanimation polyvalente de l'adulte de la clinique de La Casamance à Aubagne.....	110
15.	Les équipes du Centre Hospitalier Universitaire de Nice.....	119
▶	L'équipe des urgences	120
▶	L'équipe de réanimation médicale	125
▶	L'équipe de dialyse.....	132
16.	L'équipe du SAMU du Centre Hospitalier René Dubos à Pontoise	139
Annexe.....		141
Annexe 1 Liste des équipes et référents		141

Introduction

L'expérimentation présentée dans ce rapport constitue la première phase du déploiement du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe (Pacte). Il s'agissait d'évaluer la faisabilité du programme et pour cela de tester des outils d'aide au diagnostic du fonctionnement d'une équipe dans un périmètre défini, puis d'expérimenter des outils structurants pour l'amélioration des pratiques collaboratives.

Sur appel à candidature, plus d'une centaine d'équipes se sont portées volontaires auprès de la HAS. Les 18 équipes retenues représentent tous les secteurs d'activité et se répartissent dans 16 établissements :

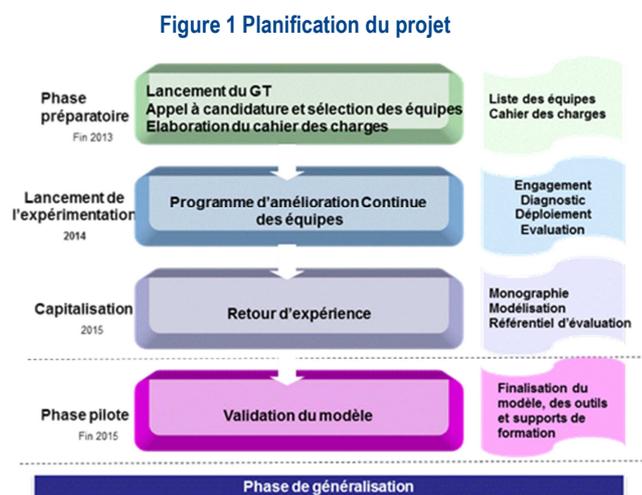
- 7 établissements publics (3 CHU et 4 centres hospitaliers),
- 2 établissements privés d'intérêt collectif,
- 5 établissements privés à but lucratif et
- 2 Centre de lutte contre le cancer (CLCC).

Ce rapport présente les premiers résultats des 18 équipes. Ces dernières poursuivent la démarche engagée en mars 2014. Un additif à ce rapport sera publié après réception des évaluations programmées pour chacune d'elles en avril 2016.

Une seconde phase du programme a débuté en octobre 2015 pour 64 équipes « pilotes » qui vont bénéficier des enseignements de cette expérimentation. Ainsi, dès 2017, une phase de généralisation pourra être lancée. Ce programme vise à modifier la culture de l'équipe à travers :

- ▶ La construction d'une équipe ;
- ▶ Le renforcement de la communication ;
- ▶ Le développement des connaissances métiers et interpersonnelles de l'équipe ;
- ▶ Un accroissement de la satisfaction du personnel ;
- ▶ L'atteinte des objectifs fixés par l'équipe ;
- ▶ Une implication du patient ;
- ▶ Un accroissement de la satisfaction du patient ;
- ▶ Une diminution des évènements indésirables associés aux soins.

Ainsi, le calendrier (cf.figure 1) des principales étapes du projet, de la phase d'expérimentation à la généralisation qui avait été présenté en 2013 dans le cahier des charges sur le modèle ci-dessous, est respecté.



Partie 1 : L'expérimentation

1. Les modalités de l'expérimentation

1.1. L'origine du programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte)

1.1.1 Le contexte

On sait depuis déjà plus de 10 ans, grâce au rapport de l'Académie de Médecine Américaine (IOM) « *To err is Human – Building a safer health system* », que les Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) sont fréquents (8ème cause de décès aux USA, avant la mortalité par accident de la voie publique). Les enquêtes françaises ENEIS de 2005 et 2009 ont mis également en évidence une fréquence stable d'environ 1 EIG tous les 5 jours par secteur de 30 lits ainsi que 4,5% des séjours en établissements de santé causés par un EIG. Enfin, une enquête menée par l'IRDES en 2011 estime à 700 millions d'euros, pour la seule année 2007, le coût des EIG en France.

La sécurité de la prise en charge s'impose donc comme un axe majeur dans les politiques de santé. Plusieurs études confirment la prévalence des causes organisationnelles:

- Les travaux de Reason (2000) ont mis l'accent sur l'aspect multifactoriel des EIAS et la nécessité de promouvoir une analyse systémique de ceux-ci afin de pouvoir apprendre des erreurs.
- Les travaux de Charles Vincent (*The essentials of patient safety* - Charles Vincent - 2011) confirment cette approche et note qu'un système efficace nécessite certes, l'identification des EIAS mais surtout, l'association des professionnels à l'analyse de ces EIAS pour en tirer des enseignements et un apprentissage à partir des erreurs détectées (retour d'expérience). Leur participation permettant ensuite un partage d'informations et la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins¹.
- Par ailleurs un des enseignements tiré de la littérature scientifique est qu'une cause fréquemment retrouvée lors de l'analyse des EIAS est souvent liée au fonctionnement de l'équipe qu'il s'agisse : d'un défaut d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication au sein du collectif de travail^{2,3,4}. Par exemple, près de 70% des événements sentinelles analysés par la Joint Commission font apparaître comme cause racine un problème de communication⁵. La base des Vétérans (*Veterans Administration (VA) National Center for Patient Safety database*) montre les mêmes résultats avec une défaillance de la communication citée comme facteur contributif principal dans 75% des événements indésirables⁶. On retrouve également les mêmes résultats dans la base de l'accréditation des médecins de la HAS qui collecte (ou regroupe) les événements porteurs de risque.

On sait également que la qualité du travail en équipe impacte la sécurité du patient^{7,8,9} mais surtout qu'améliorer le travail en équipe est efficace pour améliorer autant les processus de soins que leurs résultats^{10,11}. Un programme pour améliorer le travail en équipe¹² démontre une diminution de 18% de la mortalité.

¹ C. Vincent. Patient Safety. Chapitre 5 : Reporting and learning systems. Wiley-Blackwell ed., Oxford, second édition 2010, 416 pages.

² Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 2003 Jun;133(6):614-21

³ Dunn EJ, Mills PD, Neily J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. Medical team training: applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007 Jun;33(6):317-25

⁴ http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx

⁵ Joint Commission. Sentinel Event Alert, Issue No. 30, 2004.

⁶ Dunn E.J., et al.: Medical Team Training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 33:317–325, Jun. 2007.

⁷ Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009 Feb;53(2):143-51

⁸ Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth*. 2013Apr;110(4):529-44

⁹ Medical teamwork and patient safety : the evidence-based relation. AHRQ <http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/medteam/index.html>

¹⁰ Salas E, DiazGranados D, Klein C, Burke CS, Stagl KC, Goodwin GF, Halpin SM. Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Hum Factors*. 2008 Dec;50(6):903-33.

Une des réponses aux problèmes posés se trouve dans une culture de sécurité qui structure le milieu professionnel concerné. Cette culture est le produit d'un processus d'apprentissage collectif reposant sur des éléments d'adhésion naissant à l'occasion d'initiatives partagées, au sein d'un collectif de travail comportant l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge du patient.

La littérature montre que le travail d'équipe efficace^{13,14} :

- constitue une barrière de sécurité contre les événements indésirables ;
- est un facteur de qualité de la prise en charge du patient ;
- est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels ;
- est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

Mais améliorer le travail en équipe nécessite aussi de prendre en compte : les objectifs de l'équipe, l'organisation et la culture de sécurité préexistantes, le leadership au sein de l'équipe ainsi que définir des modalités de suivi et de mesure pour une implémentation réussie¹⁵.

1.1.2 Les enjeux

La **sécurité des patients** devient de plus en plus un enjeu majeur de nos sociétés, aussi, nombreux sont les dispositifs et réglementations qui s'y intéressent :

- la loi HPST a mis en place une gouvernance des risques en impliquant fortement la CME de l'établissement et son président et en désignant un coordinateur de la gestion des risques¹⁶ ;
- le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) présenté le 14 février 2013 par le Ministère de la santé cible particulièrement les EIG et le retour d'expérience (axe 2 du PNSP) ainsi que la notion d'équipe, de culture de sécurité partagée et de formation (axe 3) ;
- parmi les méthodes de développement professionnel continu (DPC) retenues par la HAS (document de décembre 2012), on retrouve les méthodes de gestion de risque dont une concernant la gestion des risques en équipe ;
- la certification des établissements de santé investigate la gestion des risques (notamment à travers les critères 8 et 28a de la V2010) ;
- la gestion des risques est l'élément central de l'accréditation des médecins des spécialités à risque.

Le Programme d'Amélioration Continue pour le Travail en Equipe (**Pacte**) doit permettre aux équipes de sécuriser la prise en charge des patients. « L'enjeu est de passer d'une équipe d'experts à une équipe experte »¹⁷, notamment par le développement de collectifs de travail partageant valeurs, savoirs, savoir-faire et attitudes communes. L'apprentissage du travail en équipe qui n'est pas inné, s'apprend.

¹¹ <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyII-full.pdf> in Chapter 40. Team-Training in Health Care: Brief Update Review

¹² Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, Mazzia LM, Paull DE, Bagian JP. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. JAMA. 2010 Oct 20;304(15):1693-700

¹³ Baxter, Brumfitt. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. Qual Saf Health Care 2008 17: 127-130

¹⁴ Zwarenstein, Goldman, Reeves. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). Cochrane Database of SObjectifs ystematic Reviews 2009, Issue 3.

¹⁵ Salas E, Rosen MA. Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. BMJ Qual Saf. 2013 May;22(5):369-73

¹⁶ Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

¹⁷ <http://www.rmfm.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2003/July-2003-Forum-Teamwork-in-Health-Care>

1.2. Les objectifs opérationnels proposés aux équipes

Le but de cette expérimentation était de mettre en œuvre et d'évaluer un programme (Pacte) qui soutient les pratiques collaboratives, notamment :

- par des actions sur les facteurs contributifs associées aux difficultés de communication, à l'organisation des tâches, l'environnement de travail et au fonctionnement de l'équipe ;
- en proposant des méthodes et outils utilisables quel que soit le secteur d'activité de l'équipe.

→ Trois objectifs avaient été définis :

- ▶ Développer et mettre en œuvre un programme d'intervention fondé sur un modèle de sécurité des patients basé sur le travail en équipe. Le programme doit permettre aux professionnels engagés dans un projet d'équipe :
 - de réaliser un diagnostic du fonctionnement de l'équipe en sensibilisant les professionnels au concept d'équipe, analysant la problématique sous l'angle des facteurs humains et organisationnels, et en évaluant la culture de sécurité de celle-ci. (« Qui sommes-nous ? ») ;
 - de faire un choix collectif d'une problématique et définir des objectifs ensemble (« Que voulons-nous faire ? ») ;
 - de définir les actions et les indicateurs à mettre en œuvre au regard des objectifs fixés ;
 - de se familiariser avec les facteurs qui favorisent un travail en équipe efficace : leadership, place du patient, prise de décision, rôles et responsabilités de chacun, communication entre membres de l'équipe, etc. (« Comment faire ? ») ;
 - d'intégrer le patient et/ou son entourage en tant qu'acteur au sein de l'équipe ;
 - de développer la gestion des risques au niveau d'une équipe : promotion d'une culture d'incitation à la déclaration des EIAS, d'analyse des événements en équipe, de pratiques réflexives, etc.
- ▶ Proposer et tester des méthodes et outils favorisant le travail en équipe :
 - Evaluation de la culture de sécurité de l'équipe ;
 - Diagnostic du fonctionnement de l'équipe, de type Crew Resource Management en santé (CRM Santé) ;
 - gestion des risques et retour d'expérience, apprentissage par l'erreur, simulation, conduite de revue de morbi-mortalité (RMM) etc. ;
 - outils de communication ;
 - Evaluation de la maturité d'une équipe ;
 - Evaluation de la satisfaction des professionnels engagés dans Pacte ;
 - autres outils utiles et valorisés en interne pour servir l'objectif.
- ▶ Évaluer le programme proposé :

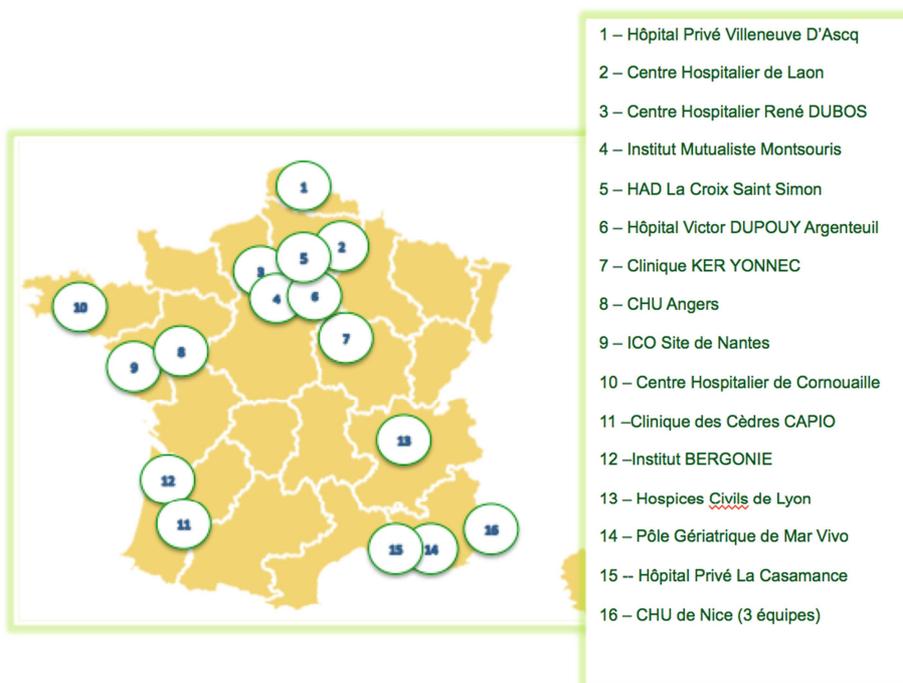
Chaque équipe engagée dans l'expérimentation se devait d'évaluer et de s'assurer que le programme Pacte soit :

- **pertinent**, qui ait du sens pour les professionnels engagés
- **faisable**, car intégré à l'activité habituelle et simple à mettre en place
- **efficace** en termes de qualité des soins et de sécurité des patients
- **valorisable** dans les dispositifs existants (certification des établissements, DPC, accréditation) et futurs

1.3. Les équipes engagées dans l'expérimentation

Les 18 équipes volontaires ont été retenues en nombre limité pour des raisons de faisabilité. Elles ont été sélectionnées de manière à permettre une représentativité des établissements de santé en termes de statut (privé, public, taille, etc.) et de situation géographique. La répartition des 16 établissements concernés est figurée sur la carte ci-dessous (Un établissement a engagé 3 équipes).

Figure 2 Liste des établissements



Ces équipes répondaient aux critères de sélection suivants :

- un engagement de la direction et de la CME de l'établissement ;
- une démarche volontaire ;
- un engagement ferme pour participer à toutes les étapes du projet ;
- une volonté de travail en équipe ;
- l'absence de situation de crise sociale;
- l'absence de sursis à la certification pour l'établissement ;
- la désignation d'un facilitateur interne ou externe.

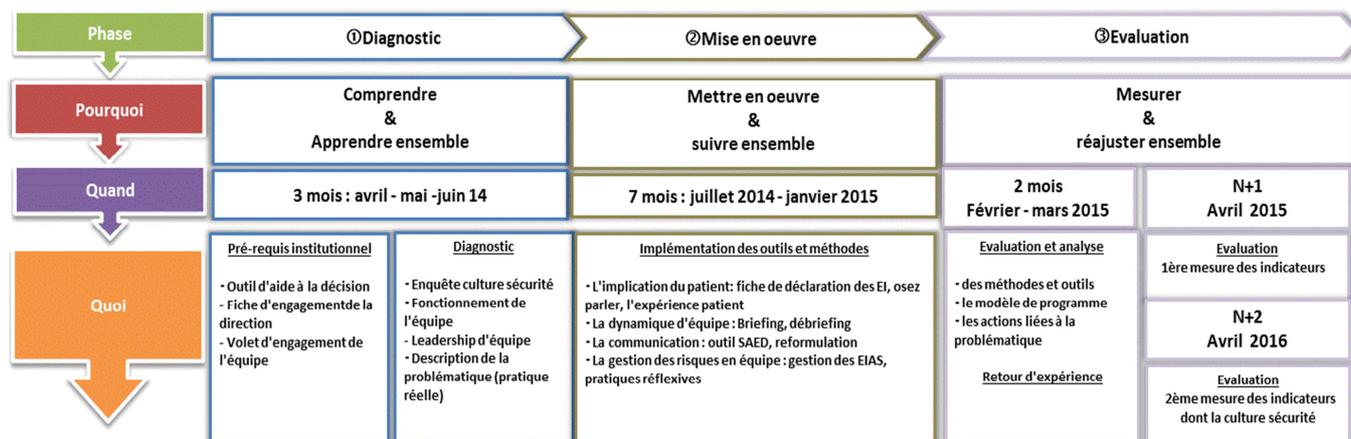
1.4. Les étapes du programme

Dans un premier temps, le programme (cf figure 3) a été présenté à l'ensemble des équipes à la HAS en avril 2014. Il s'agissait de clarifier la démarche, d'indiquer les modalités de mise en œuvre des outils à tester pour chacune des étapes.

Lors de cette rencontre, les équipes avaient toutes validé les prérequis institutionnels opposables pour valider leur engagement.

Chaque équipe était représentée par son binôme accompagné du facilitateur chargé de maintenir un lien régulier avec l'équipe en charge du pilotage national de l'expérimentation à la HAS. Les étapes du programme ont été explicitées comme figuré ci-après :

Figure 3 Les étapes du programme

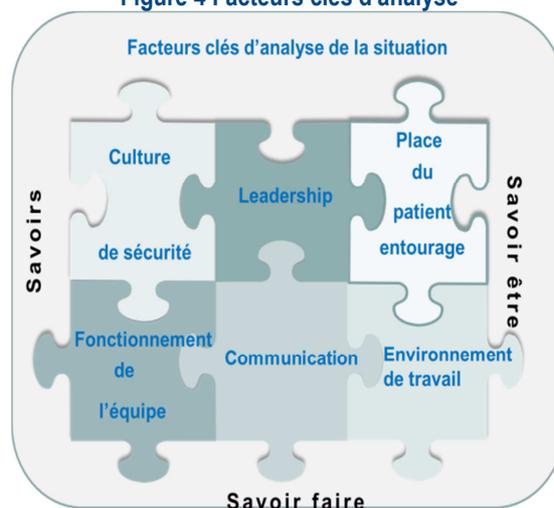


Nous présentons brièvement dans ce chapitre les différentes étapes, leurs objectifs et les résultats attendus en termes de livrables. Pour en savoir plus sur chaque étape, se référer au [cahier des charges](#).

1.4.1 Le diagnostic

Cette étape consiste à aider les professionnels à mieux appréhender la complexité du système, notamment sous l'angle des facteurs humains et organisationnels dans leur analyse.

Figure 4 Facteurs clés d'analyse



- ▶ Les objectifs proposés aux équipes :
 - Permettre aux membres de l'équipe de prendre conscience que la problématique sur laquelle ils souhaitent travailler, ne peut s'appréhender sans comprendre l'environnement de travail et construire une vision partagée des risques liés à l'organisation (culture sécurité, valeurs, leadership, etc.), les relations sociales (fonctionnement de l'équipe, communication, coordination, etc.), la place du patient ;
 - Analyser et identifier les actions d'amélioration à partir des résultats du diagnostic au sein de chaque établissement, dont les actions de formation.
- ▶ Pour cela, les équipes avaient pour mission de réaliser :
 - Une enquête culture sécurité ;
 - Un diagnostic de fonctionnement de l'équipe ;
 - Un diagnostic du leadership ;

- Une identification collective d'une problématique avec définition des objectifs à atteindre.

Les caractéristiques de chacun des outils et le retour d'expérience quant à leur mise en œuvre sont présentés dans le chapitre suivant.

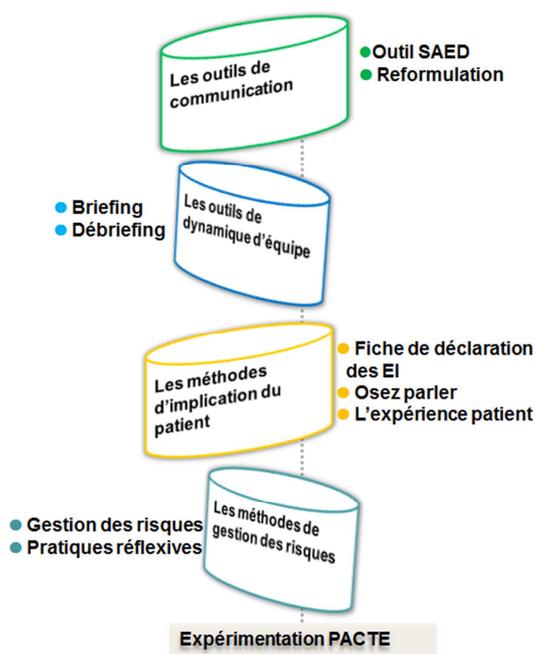
1.4.2 La mise en œuvre

La pratique du travail en équipe centrée sur le patient constitue une approche qui transcende les disciplines et les métiers, favorise le partage des connaissances, optimise les compétences individuelles et collectives et oriente les équipes autour d'objectifs communs. Développer des collectifs de travail c'est contribuer notamment à :

- Améliorer la communication entre professionnels et avec le patient ;
- Renforcer la dynamique d'équipe ;
- Centrer la démarche sur les attentes du patient et de son entourage, en l'intégrant dans l'équipe ;
- Capitaliser sur l'équipe pour sécuriser la prise en charge du patient.

Pour chacun de ces objectifs, des outils ont également été mis à la disposition des équipes pour qu'elles développent des compétences sur chacun des 4 axes tels que représentés ci-après :

Figure 5 Les méthodes et outils



Comme dit précédemment, les caractéristiques de chacun de ces outils et le retour d'expérience quant à leurs mises en œuvre sont présentées dans le chapitre suivant.

1.4.3 La phase d'évaluation

En avril 2015, une nouvelle réunion plénière a été organisée à la HAS et la majorité des équipes a pu présenter ses premiers résultats.

À cette occasion, le débriefing entre les équipes, les facilitateurs et les responsables du projet à la HAS a permis la mise en évidence des forces et des faiblesses du programme.

- ▶ Les objectifs proposés aux équipes :
 - Évaluer les méthodes préconisées et les nouveaux outils fournis et utilisés dans le programme ;
 - Évaluer les modalités de déploiement du modèle (les étapes et le contenu des étapes) ;
 - Évaluer la dynamique induite par l'expérimentation ;
 - Évaluer la capacité de l'équipe à consolider la démarche ;
 - Évaluer les changements induits.

- ▶ Pour cela, les équipes avaient pour mission de réaliser :
 - De tester et d'évaluer les différents outils proposés ;
 - De participer à leur coproduction ;
 - De réaliser une monographie selon un modèle type afin de rendre compte de leur expérience dans ce projet.

Afin de faciliter la rédaction de ce rapport, les facilitateurs avaient pour mission de finaliser la monographie avec chaque équipe pour le début de l'été 2015.

Une nouvelle évaluation est programmée en avril 2016 et devra porter sur l'enquête de satisfaction, la matrice de maturité et sur les mêmes indicateurs que ceux retenus par l'équipe en 2015.

2. Bilan de l'expérimentation

2.1. Engagement de la Direction

Après 18 mois de déploiement du programme, il ressort que Pacte crée une dynamique d'amélioration partagée par l'équipe. Les participants évoquent notamment un effet levier Pacte sur la communication interprofessionnelle, une prise de conscience, une amorce de changement dans les pratiques de travail en équipe.

Cependant, même si la démarche Pacte est plébiscitée, quel que soit le contexte clinique (service de réanimation, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, etc...), les équipes soulignent la nécessité d'un engagement fort de la direction de l'établissement et des chefs de services.

Au-delà d'une volonté de promouvoir ce type de projet, cet engagement doit en effet se prononcer en sachant que le programme s'inscrit dans la durée en vue d'un changement en profondeur de la culture. Il s'agit donc d'évaluer si la situation de l'établissement permet de conduire la démarche de manière sereine, que l'objectif est partagé avec le plus grand nombre des professionnels qui seront impliqués et d'avoir identifié une ou plusieurs personnes ressources en interne qui pourront soutenir la démarche.

2.2. Soutien méthodologique tout au long du projet

A l'occasion du débriefing organisé par la HAS avec l'ensemble des équipes en avril 2015, il y a eu de nombreux points d'accord sur les enseignements de ces premiers 18 mois.

Pour tous, **la phase de diagnostic** est un temps fort qui suscite beaucoup d'attente de la part des professionnels. Elle permet de bien définir le périmètre du projet (et des membres de l'équipe). Le CRM santé s'est révélé être une méthode clé dans le dispositif.

Depuis que **la phase de mise en œuvre** est lancée, toutes les équipes ont pu réaliser des actions concrètes et mettre en avant les premiers changements perçus dans les comportements professionnels (libération de la parole, place des aides-soignants, sensibilisation accrue aux déclarations des EIAS, etc.). Les actions engagées répondent aux préoccupations du quotidien des professionnels : par exemple, mieux définir l'alerte, améliorer la concertation autour du patient, améliorer le contenu des transmissions, mettre en place des staffs pluri professionnels, etc.

Plus précisément, l'amélioration des processus de communication en constitue le socle, de nombreuses équipes utilisent les méthodes Situation Antécédent Evaluation Demande (Saed) et faire dire. Pour créer de la synergie d'équipe, l'outil BRIEFING se déploie selon des modalités différentes au sein des équipes. Pour tous ces outils, des retours convaincants sont décrits dans le chapitre suivant et dans les monographies rédigées par équipe.

Il est à noter que Pacte a permis également aux équipes de remettre à plat leur dispositif de déclaration et d'analyse des risques.

D'autres méthodes telles que la simulation (en particulier dans les CHU), le renforcement de staff, des RMM pluri professionnelles sont utilisées.

Le soutien méthodologique aux équipes a été piloté par la Mission Sécurité des Patients (MSP) au sein de la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS).

Dans ce cadre, la HAS a notamment assuré une aide logistique (organisation des réunions, interface avec les parties prenantes, etc.) et méthodologique (formalisation des outils et supports nécessaires à la démarche).

La HAS a assuré la formation des facilitateurs désignés pour chacune des équipes, notamment à l'animation des CRM santé. Elle a ainsi établi par leur intermédiaire un lien avec chaque binôme.

Pour tous, elle a mis à disposition une plateforme, progressivement enrichie des outils, méthodes et supports utiles à chaque étape. Ce dernier point a été source de difficultés passagères, prévisibles car inhérentes à une expérimentation. En effet, les facilitateurs, les binômes et les directions des établissements ont pris la mesure de la démarche et de l'investissement qu'elle nécessite au fil des mois sans jamais pour autant la remettre en cause.

2.2.1 Facilitateur

Un facilitateur a été désigné pour à la fois soutenir le binôme et les équipes, assurer l'interface avec la HAS et participer au groupe de travail de la HAS. Il avait également pour mission d'assurer l'animation du CRM Santé auprès de leurs équipes respectives, sachant que les premières séances ont été réalisées par la HAS et en particulier avec le concours de Monsieur René AMALBERTI (conseiller technique sécurité du patient à la HAS).

Pour les 18 équipes, il s'agissait soit d'une personne ressource (responsable qualité et/ou gestionnaire des risques) désignée au sein de l'établissement, ou au sein d'un groupe auquel appartient l'établissement, soit d'une personne extérieure appartenant par exemple à une structure régionale d'évaluation ou d'appui, à une structure au sein d'une fédération d'établissements).

L'accomplissement de ses missions a été finalement très variable selon le temps dédié et la proximité géographique avec son ou ses équipes.. De même, l'interface entre la HAS et le binôme a été régulier et a permis de respecter les principales échéances.

Les interventions des facilitateurs ont été moins homogènes pour l'appui méthodologique « au quotidien » et /ou dans l'organisation ou l'animation des formations.

2.2.2 Binôme

Chaque fois que cela a été possible, le binôme était constitué d'un médecin et d'un professionnel ressource au sein de l'équipe soignante ou d'un responsable qualité ou gestionnaire des risques.

Le binôme volontaire et identifié dès la phase d'initialisation du programme chargé :

- d'informer l'équipe du déroulement de l'expérimentation ;
- d'informer les instances institutionnelles ;
- de mener des campagnes de sensibilisation et de soutien pour encourager les équipes ;
- d'organiser et prioriser la déclaration des Evènements indésirables associés au soin (EIAS) en équipe ;
- de définir les conditions de suivi interne du projet et sa traçabilité ;
- d'assurer l'interface avec le facilitateur ;
- d'alerter le facilitateur en cas de difficultés ;
- d'accompagner le déploiement du programme en veillant à recueillir et à tracer les difficultés rencontrées ainsi que les facteurs facilitants ;
- de participer aux points fixés avec le facilitateur permettant le suivi des activités ;
- de participer aux réunions organisées à la HAS.

2.2.3 Formation

Les actions de formation ont été laissées à l'appréciation de chaque équipe et mises en œuvre si besoin et si possible pour l'appropriation des outils à expérimenter. Il était initialement recommandé d'analyser les besoins en formation sur la base des éléments recueillis au moment du diagnostic, d'autant que les compétences mobilisées sont avant tout « non techniques ».

Pour autant la compétence technique renforcée ou maintenue par des actions de formation continue est indispensable pour l'ensemble des professionnels qui s'implique dans Pacte. On entend ici les compétences liées à la connaissance de la physiopathologie et des savoir-faire techniques régulièrement évalués au regard des recommandations de bonnes pratiques cliniques.

Les moyens consacrés (formation ou méthodes d'apprentissage par mise en situation) ont été très variables d'un établissement à l'autre. Il apparaît dans tous les cas que cela a eu une répercussion dans l'acceptation de l'outil, dans leur mise en œuvre et dans la justesse des conditions de réussite...

Une action de formation a été réalisée par la HAS, à destination des facilitateurs. Cette formation avait pour objectif de leur permettre d'acquérir les compétences utiles à l'animation des CRM santé. Cette formation a été confortée par la Co animation du premier CRM réalisé avec chaque équipe.

2.3. Phase de diagnostic

Tous les outils proposés ont été mis à disposition des équipes sur la plateforme dédiée. Pour chaque outil, plusieurs documents étaient disponibles :

- Une fiche synthétique ;
- Un diaporama pour dispenser la formation aux membres de l'équipe ;
- Un support à imprimer ou utiliser dans sa version informatisé sur la plateforme ;
- Un modèle de support pour l'évaluation de l'outil.

2.3.1 Enquête culture de sécurité

L'enquête avait pour objectif de caractériser la culture de sécurité de l'équipe, afin d'identifier les forces et les faiblesses pour progresser collectivement à partir d'une photographie à un moment donné de :

- La perception des professionnels de santé ;
- La façon dont la sécurité est perçue et mise en œuvre dans la pratique quotidienne.

La réalisation de cette enquête devait mobiliser environ 80% des membres de l'équipe.

L'enquête s'est faite à partir du questionnaire développé par l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahrq.gov/>), traduit en français et validé par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (Ccecqa <http://www.ccecqa.asso.fr/>).

La plateforme e-forap du Ccecqa a été l'interface proposée aux équipes permettant la saisie directe des réponses à l'aide d'un mot de passe fourni et l'obtention automatique des résultats.

■ Retour d'expérience

Tous ont utilisé l'outil tel que recommandé avec une participation variable allant de 55% à 100% des membres de l'équipe impliqués. Cette variation semble liée aux modalités de communication utilisées pour solliciter les professionnels.

Pour cette expérimentation, l'outil était programmé en première intention, comme point de départ, aussitôt le périmètre du projet défini. Sans être remise en cause les équipes dont le taux est faible pensent que l'enquête aurait été mieux comprise après les séances de CRM, ou que l'outil est trop complexe pour des non-initiés.

Néanmoins, toutes les équipes valident la pertinence de l'outil pour juger de la perception de la sécurité dans la pratique quotidienne. Quelques extraits en témoignent :

- « L'enquête a contribué à identifier les forces et les faiblesses de l'équipe en termes de communication, collaboration, gestion des alertes »
- « C'est un très bon point d'entrée dans la démarche »
- « Mise en perspective de la culture sécurité et des dimensions à améliorer »
- « Outil intéressant pour la cartographie en 10 grands axes qui donne une vision assez précise et synthétique sur l'équipe »

- « *L'outil a mis en évidence les difficultés de coordination entre les différentes équipes* »
- « *La présentation des résultats par fonction permet d'échanger sur les différences* »

2.3.2 Evaluation du fonctionnement de l'équipe

Les défauts de communication et de coopération au sein de l'équipe sont responsables de 60% des EIG (Industrie et Médecine). Les compétences techniques acquises à l'université dans nos métiers respectifs ne suffisent pas à s'améliorer sur ces domaines. Il faut en plus maîtriser des compétences non techniques: compétences sociales, leadership, aide réciproque, conflits, stress, fatigue, communication et coordination. La méthode du CRM santé (inspirée de l'aviation) a été retenue comme approche pour faire le diagnostic de fonctionnement d'une équipe.

► Retour d'expérience du CRM santé

Le CRM santé n'est pas une formation à proprement parler. Il s'agit plutôt de l'animation, par une personne préalablement formée, qui n'a pas de lien directe avec l'équipe, d'une séance de travail de 4 heures au cours de laquelle les membres de l'équipe prennent conscience collectivement de leurs forces et des axes sur lesquels elle doit travailler.

Toutes les équipes ont bénéficié d'au moins une séance. Le nombre de séance dépend du nombre de professionnels impliqués dans l'équipe puisqu'une séance rassemble au maximum 20 participants.

Certaines équipes insistent sur la complexité de l'organisation logistique de ces séances pour lesquelles il faut libérer les participants durant 4 heures, sans interruption possible.

Néanmoins les retours des équipes sont unanimes pour dire la pertinence de ces séances pluri-professionnelles. Toutes jugent que le CRM santé est incontournable pour lancer vraiment la dynamique. Chacun des participants prend mieux conscience du fonctionnement de l'équipe. Quelques extraits en témoignent :

- « *Extrêmement déterminant dans le démarrage de la démarche* »
- « *Étape clé de déclenchement de la dynamique* »
- « *Mise en perspective du fonctionnement de l'équipe et de ses problématiques* »
- « *Intérêt d'arriver à comprendre et à échanger sur les attentes des autres corps professionnels* »

2.3.3 Leadership d'équipe

Le leadership est un des éléments incontournables nécessaire à la dynamique et à la viabilité d'une équipe. Ce terme définit la capacité d'un individu à mener d'autres individus dans le but d'atteindre certains objectifs, quelle que soit sa position hiérarchique.

► Retour d'expérience

La notion de leadership est encore peu développée au sein des établissements et les équipes ont généralement eu des difficultés pour s'approprier l'outil diagnostic proposé. Il apparaît que des précisions devront être apportées aux éléments d'information et de formation proposés pour mobiliser les équipes sur ce concept.

Devant la complexité de cette évaluation, certaines équipes ont fait le choix de ne pas l'intégrer dans leur démarche. D'autres témoignages encouragent cette étape :

- « *identification des compétences existantes ou à développer parmi les leaders de l'équipe* »

2.3.4 Description de la problématique

Des méthodes d'analyses utilisées avant ou après la survenue d'évènements indésirables au sein des établissements de santé doivent permettre d'analyser les interactions entre les patients et les professionnels de santé. Le fait de les mener en équipe augmente la perception collective du risque et permettent l'identification plus complète des axes d'apprentissage.

► Retour d'expérience

L'outil proposé a permis le plus souvent de rassembler et/ou d'approfondir en équipe, tous les éléments accumulés depuis le lancement du programme. Il permet l'analyse globale de la problématique pour mieux définir les axes de travail de façon consensuelle.

Cependant, plusieurs remarques portent sur les redondances et sur le manque de précision sur les conditions de sa mise en œuvre. Certaines équipes ont pu l'utiliser collectivement mais dans d'autres cas, le binôme avec quelques professionnels a procédé avec une approche plus synthétique.

Ces retours qui vont permettre de procéder aux ajustements pour la phase pilote sont néanmoins encourageants comme en témoignent quelques extraits :

- « *L'analyse du processus est absolument indispensable pour cerner le périmètre de PACTE et ainsi mieux cibler et concrétiser actions et indicateurs* »
- « *« Modèle diagnostic » (Excel) très compliqué à remplir dans la forme (car dimension des cases figée), on a l'impression de se répéter sur le fond car notre projet PACTE* »
- « *a permis de réaliser un état des lieux participatif* »

2.4. Phase de mise en œuvre

Pour cette phase comme pour la précédente, tous les outils proposés ont été mis à disposition des équipes sur la plateforme dédiée.

2.4.1 L'outil Saed : Situation, Antécédents, Évaluation, Demande

Saed est un outil mnémotechnique qui permet de standardiser la communication de façon structurée entre un professionnel vers un autre professionnel. L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, et également de rendre la communication claire, concise et efficiente dans sa mise en œuvre.

[L'outil validé par le collège](#) de la HAS est disponible sur le site.

► Retour d'expérience

À chaque fois que cet outil a été retenu par une équipe, les retours sont positifs et attestent de sa pertinence pour structurer et renforcer les éléments à communiquer. L'outil est également apprécié pour sa simplicité. Quelques extraits des monographies en témoignent :

- « *Permet de mieux structurer la demande* »
- « *Reformulation au quotidien pour transmettre les bonnes informations que ce soit au niveau des patients comme au niveau de l'équipe* »
- « *Les professionnels ayant suivi les 2 sessions de formation souhaitent que tous les acteurs de l'HAD suivent cette formation* »

2.4.2 Les outils Briefing/débriefing

Le briefing permet aux équipes d'anticiper une situation avant sa réalisation et donc de partager de façon collective à la fois les objectifs et la finalité et de définir la manière de conduire l'action (ou l'activité).

Le débriefing permet aux équipes de capitaliser sur une situation après sa réalisation et donc de partager de façon collective sur la manière dont l'activité s'est déroulée.

► Retour d'expérience

Ces outils ont été retenus par de nombreuses équipes. Certaines les utilisaient déjà régulièrement.

Toutes attestent des bénéfices pour l'équipe et pour les patients :

- « Améliorent la communication et l'efficacité des transmissions »
- « Meilleure coordination pour les prises en charge compliquées »
- « Dans les situations difficiles, cela permet de définir des consignes au regard du comportement du patient. Tous les professionnels adoptent la même ligne de conduite, La prise en charge se déroule de façon plus sereine »
- « Décloisonnement des professions face à des situations difficiles »
- « Permet de refaire le point sur des informations incomplètes ou manquante voir mal comprise »

2.4.3 L'outil de reformulation « Faire dire »

La technique « de la reformulation » est une méthode efficace pour s'assurer que les patients comprennent ce que vous leur avez dit.

L'outil validé par le collège de la HAS sera prochainement disponible en ligne sur le site de la HAS.

■ Retour d'expérience

Plusieurs équipes ont décidé d'utiliser cet outil mais sans un recul suffisant pour communiquer sur un retour d'expérience.

Par ailleurs, un nouveau guide « 3 Dire », mis en ligne sur le site de la HAS en mai 2015, présente l'adaptation de l'outil Teach Back.

Les premiers témoignages sont toutefois encourageants :

- « Clarification entre professionnels du message à délivrer au patient »
- « Compréhension et meilleure adhésion du patient à son projet de soin »

2.4.4 Les outils permettant de favoriser l'implication du patient

Le patient est un membre à part entière de l'équipe, aussi la contribution de celui-ci à sa propre sécurité est un axe indissociable d'une stratégie d'équipe. Plusieurs outils mis à disposition ont été travaillés dans un autre cadre que Pacte, tels que :

- Fiche de déclaration d'EI pour le patient
- Questionnaire de recueil de l'expérience patient (sous réserve de faisabilité, en lien avec les indicateurs de satisfaction du patient)
- Documents incitant à la prise de parole du patient (Les outils « osez parler avec son médecin » et « parler avec son pharmacien » sont disponibles sur le site de la HAS).

L'implication du patient n'est pas un sujet simple, aussi pour aider les équipes, une échelle de maturité permet aux équipes de « visualiser » les étapes clés de son implication.

■ Retour d'expérience

Force est de constater que les outils sont encore peu utilisés, y compris par les équipes qui s'engagent à développer les conditions propices à l'implication du patient. D'autres initiatives que celles proposées sont cependant à souligner telles la création d'un support d'information et d'une charte. Par ailleurs, l'échelle proposée a mis en évidence que le 1^{er} niveau correspondant à l'information du patient n'était pas acquise.

2.4.5 Les outils de gestion des risques

Quel que soit le secteur d'activité, la démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité du patient et des soins qui lui sont délivrés et, en particulier, de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables pour le patient et la gravité de leurs conséquences. L'objectif n'était pas de proposer de nouveaux outils, mais plutôt de faire prendre conscience de l'enjeu de la gestion des situations imprévues, de leur récupération, et de l'importance du climat pour encourager l'alerte à tous les niveaux de l'échelle ; L'amélioration de la confiance permettant à l'équipe de comprendre l'intérêt d'apprendre de ses erreurs et de ses réussites.

► Retour d'expérience

D'une façon générale, de nombreux outils et méthodes étaient déjà utilisés par les équipes engagées avant le lancement du programme, tels les supports de signalement, les CREX et les RMM.

Les équipes ont souvent cherché à améliorer le dispositif de déclaration des EI pour en promouvoir l'usage.

La démarche diagnostic a progressivement également renforcé l'appropriation et la culture de la sécurité au sein des équipes comme en attestent les témoignages :

- « Développement de la notion d'alerte »
- « Prise de conscience du caractère systémique des erreurs »
- « Apprentissage de l'échange positif autour de l'erreur »
- « Augmentation de la déclaration des EI notamment grâce à la simplification de la démarche informatique par rapport au papier avec un nouveau logiciel »

2.4.6 Les autres outils proposés par les équipes

Les autres outils développés ou mis en place au cours du programme sont :

- Les Staffs : qui présentent l'intérêt de faire s'exprimer les professionnels pour les impliquer dans la démarche d'amélioration et développer la culture sécurité

3. Premiers enseignements

3.1. Composantes incontournables

- Délimiter le périmètre de l'équipe à partir d'une problématique identifiée par les professionnels et qui touche le patient.
- Garder à l'esprit que la sécurité du patient est l'objectif et que l'équipe se veut protectrice mais qu'elle peut aussi générer des risques.
- Rendre obligatoire le CRM santé, qui est une étape clé pour l'équipe parce qu'il permet de pointer les faiblesses et les principales caractéristiques du fonctionnement de l'équipe.

3.2. Conditions de réussite

- Une équipe au minimum curieuse de se lancer dans le programme.
- L'engagement et le soutien du directeur de l'établissement, du président de CME et du directeur des soins :
 - Un temps et des moyens dédiés spécifiquement par la direction de l'établissement à l'équipe qui s'engage ;
 - L'implication du corps médical marquant sa volonté de partage ;
 - La planification de toutes les étapes pour assurer le suivi des livrables et adopter une stratégie de communication autour du projet au niveau institutionnel.
- Un binôme stable pour toute la durée du projet ; Celui-ci a un rôle prépondérant pour l'accompagnement de l'équipe et le soutien au quotidien. Le binôme s'engage et donc doit prendre la mesure de cet engagement en termes de temps et d'appui méthodologique.
- L'importance d'un facilitateur qu'il soit interne à l'établissement, mais externe à l'équipe, ou externe à l'établissement pour soutenir le binôme tout au long du projet
- La réalisation de l'enquête culture de sécurité comme élément d'entrée dans la démarche
- L'animation du CRM santé, à réaliser par une personne externe à l'équipe, voire même à l'établissement de santé ; à partir des supports fournis par la HAS
- L'appropriation des outils et la réussite dans leur utilisation conditionnées par la formation des professionnels.
- L'attention à apporter aux impacts inattendus de ce que Pacte génère comme changement.

3.3. Points de vigilance

- ▶ Lancer une équipe avant que les conditions de réussite soient réunies !
- ▶ Ne pas tenir compte de la vie de l'établissement et des changements qui impacteraient le programme ou pourraient conduire à interrompre la démarche pour un temps :

A minima ne pas se lancer :

- Lorsque l'absence prolongée d'une ou plusieurs personnes ressources est déjà programmée (congés de maternité ou congés parentaux par exemple) ;
- En cas de tensions sociales ou lorsqu'un effectif est réduit brutalement.
- ▶ Considérer le projet comme acquis et partagé par tous les membres de l'équipe alors qu'une partie de cette équipe a été renouvelée.
- ▶ Ne sélectionner qu'une partie de l'équipe et considérer qu'elle pourra délivrer le message aux autres membres de l'équipe.
- ▶ Ne pas respecter les délais et les étapes du programme sans en faire une analyse partagée par tous les membres de l'équipe (toute restructuration du service concerné, retard ou réorientation des objectifs doivent impérativement être partagés et compris).

3.4. Ce que les équipes feraient différemment

- Prendre le temps d'associer l'équipe complète à la définition de la problématique, afin d'obtenir une plus forte adhésion au projet ;
- Réaliser le diagnostic sur une période plus longue (3 mois étant jugé trop court) ;
- Organiser des micros réunions plus régulièrement, animées par le binôme ;
- Suivre les changements dans la composition de l'équipe afin de n'oublier personne dans le projet (nuit, nouveaux arrivants) ;
- Se donner les moyens d'être accompagné très régulièrement, notamment par des actions de formation.

Partie 2 : Monographie par équipe

Préambule

Afin de restituer et de partager cette expérimentation, chaque équipe en appui avec leur facilitateur ont rédigé une monographie selon un plan proposé. Michèle Belliot a été missionnée par la HAS pour réaliser ce rapport et assurer l'interface avec le facilitateur de chacune des équipes.

La monographie présente les résultats intermédiaires et permet de recueillir les éléments suivants :

A. Présentation synthétique de l'établissement, avec l'engagement de la direction et de l'équipe

B. Descriptif du projet de l'équipe

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

Retour d'expérience sur l'étape de diagnostic

- ▶ La conduite de l'étape de diagnostic (sur la culture de sécurité, le CRM Santé, le leadership, l'analyse de la problématique)
- ▶ Le plan d'action défini à l'issue du diagnostic
- ▶ La synthèse des résultats

Retour d'expérience sur l'étape de mise en œuvre et de suivi

- ▶ L'équipe aborde les méthodes et outils qu'elle a déployés
- ▶ Le suivi du plan d'action

Un complément sera fourni à l'issue de l'expérimentation ; celui-ci permettra de présenter les résultats 2 ans après le début de l'expérimentation ainsi que les outils d'évaluation et les principaux messages à retenir.



Les monographies ont toutes été rédigées par les équipes participant à l'expérimentation et validées par leur direction.

Certaines monographies ne reprennent pas l'ensemble des éléments demandés.

Les propos qui y sont retranscrits appartiennent à l'établissement.

17 /18 monographies sont présentées dans la partie suivante

1. L'équipe de chirurgie de l'Hôpital privé de Villeneuve d'Ascq

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'hôpital privé de VILLENEUVE D'ASCQ est un établissement de santé privé à but non lucratif

- ↳ Une capacité totale de 221 lits et places organisés en pôle d'activités dont :
 - ↳ Le pôle de chirurgie et ambulatoire (53 lits de chirurgie et 40 postes d'ambulatoire et 8 lits de surveillance continue)
 - ↳ Le pôle de médecine (27 lits de cardiologie, 8 lits de soins intensifs cardiologiques, 26 lits de médecine et 2 lits de médecine ambulatoire)
 - ↳ Le pôle parents/enfants (45 lits d maternité)
 - ↳ Le pôle de cancérologie (12 postes d'oncologie)

L'équipe engagée dans le programme est composée de 50 professionnels exerçant dans l'un des services de chirurgie en hospitalisation complète (33 lits) et dans le service de surveillance continue (8 lits) :

- ↳ 3 chirurgiens viscéraux, 2 chirurgiens gynéco-sénologie
- ↳ Le co président de la CME (médecine générale)
- ↳ 30 infirmiers de chirurgie
- ↳ 1 cadre de santé
- ↳ 13 aides-soignants
- ↳ 1 coordinatrice du parcours de soins (institut de cancérologie)
- ↳ 1 stomathérapeute / référent douleur
- ↳ 1 psychologue (institut de cancérologie)

L'engagement de l'établissement

La Direction de l'hôpital privé de Villeneuve d'Ascq et la CME ont souhaité s'engager dans le projet Pacte pour améliorer le travail en équipe des services de chirurgie en hospitalisation classique et pour augmenter la culture des professionnels autour de la sécurité des soins en pertinence avec le Programme Qualité/Sécurité des Soins de l'établissement.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

La problématique retenue est la suivante :

Amélioration de la concertation dans l'équipe et des échanges d'information tout au long du parcours patient en chirurgie carcinologique (digestive et gynécologique)

Cette problématique a été cernée au travers des retours des équipes sur la qualité de la prise en charge depuis la création de l'Institut de Cancérologie et a été fondée sur les résultats des études des revues de dossier en chirurgie carcinologique.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

Cette problématique imposait d'améliorer la communication des informations détenues par les différents intervenants aux différentes étapes de la prise en charge en cancérologie (dispositif d'annonce médical – soignant – niveau d'information du patient et des proches sur sa connaissance du diagnostic et pronostic – connaissance du projet personnalisé de soins) et sur la coopération interservices sur les données patient.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Améliorer la coordination entre les services de chirurgie et l'institut de cancérologie

Comprendre les attentes de chaque entité en particulier avec le bloc opératoire

Échanger sur les dysfonctionnements organisationnels et relationnels en équipe pluridisciplinaire et trouver des axes d'amélioration en consensus dans la pratique quotidienne

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

Tous les participants au projet ont répondu au questionnaire. Les réponses ont été saisies dans le logiciel du CCEQUA par le service qualité. Les résultats ont été présentés à l'équipe et une présentation a également été réalisée au COPIL Pacte.

Figure 6-1 :

Vous êtes ...	Total	
	nombre	%
Médecin	3	6%
Infirmier(e), cadre infirmier	32	64%
Aide soignant(e)	13	26%
Sage-Femme	-	-
Auxiliaire de puériculture	-	-
Autre	2	4%
<i>Non renseigné</i>	-	-
Total	50	100%

Synthèse de nos résultats :

Les résultats de l'enquête culture sécurité ont démontré un niveau de sécurité perçu comme « Acceptable » à 48% et « très bon » à 38%

54% des professionnels déclarent avoir signalé des événements indésirables dans l'année :

- ▶ 34% des professionnels ont rédigé 5 fiches d'événements indésirables
- ▶ 14% des professionnels ont rédigé 10 fiches
- ▶ 6% des professionnels ont rédigés 20 fiches

L'enquête démontre que nous devons :

- ▶ Intensifier les déclarations malgré la diffusion d'une charte d'incitation de signalement non punitive

- Réaliser des retours réguliers sur les réponses apportées aux fiches d'événements indésirables en dehors des analyses approfondies restituées aux équipes par les responsables de service

Nous avons analysé en équipe l'ensemble des résultats présentés dans le tableau ci-dessous :

Figure 6-2 :

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	52%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	56%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	47%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	71%
5. Travail d'équipe dans le service	77%
6. Liberté d'expression	61%
7. Réponse non punitive à l'erreur	23%
8. Ressources humaines	24%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	42%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	31%
	score ≥ 75%
	score ≤ 50%

► Le CRM Santé

Compte tenu de l'effectif de l'équipe, nous avons organisé 4 séances de CRM Santé.

Notre avis :

La réalisation des 4 CRM a été très profitable aux professionnels pour plusieurs points :

La composition des 4 groupes reflétait parfaitement la composition de l'équipe avec les différentes catégories de professionnels.

Crée un moment où l'équipe a pu échanger et aborder des thématiques autres que la prise en charge patient.

Permet de mettre en évidence les difficultés aux interfaces et de prendre un temps sans interruption de tâches pour discuter et repérer nos axes de progrès.

Les films et activités sont un bon moyen de renforcer l'importance de la culture sécurité.

Synthèse de nos résultats :

De nombreuses pistes de progrès ont été identifiées à l'occasion de ces quatre séances. Certaines l'ont été de façon formelle et d'autres ont fait l'objet d'une réflexion plus approfondie en équipe pour retenir les actions concrètes à mettre en œuvre.

- Améliorer la transmission d'informations aux nouveaux embauchés ou aux nouveaux médecins : vérification du savoir chez le nouveau – Que fait-on en cas de situation dégradée (ex lors du remplacement au pied levé) – Organiser un temps de tutorat pour les nouveaux arrivants – (réfléchir comment on accueille les nouveaux) Améliorer l'intégration des nouveaux embauchés – limiter les CDD remplaçants – Améliorer le partage des habitudes de service
- Établir une conduite à tenir en cas d'erreur ou de dommage lié aux soins (que fait-on : débriefing? Niveau d'information du patient ?) ce consensus est à définir en groupe
- Améliorer le partage de l'information sur le patient particulièrement pour la prise en charge en oncologie – Améliorer le partage de l'information sur les patients en général: transmission

IDE/AS – IDE /Médecins – AS/Médecins – Améliorer la transmission des informations entre les catégories professionnelles dans le service (relève – staff)

- ▶ Améliorer la considération en particulier envers les AS – systématiser le bonjour
- ▶ Organiser des débriefings entre équipes soignantes et médicales après des événements sur la prise en charge patient — Mieux partager les EIG – revoir l'organisation des RMM par spécialité
- ▶ Appliquer la mesure : « je porte l'alerte » pour tous
- ▶ Améliorer la demande du bloc opératoire : systématiquement annoncer le nom, prénom, motif d'intervention, chirurgien
- ▶ Réfléchir sur la transmission des informations en temps réel des changements dans les prises en charge patient (ex : à jeun.....) – Améliorer les informations en cas de changement sur le programme opératoire médecins/paramédicaux)
- ▶ Établir une fiche de bloc par le chirurgien afin d'améliorer les transmissions médicales bloc / service
- ▶ Établir une charte de fonctionnement sur le tour des médecins dans le service afin de limiter les interruptions de tâches et de réaliser les prescriptions au cours du poste – Limiter les changements thérapeutiques en fin de poste
- ▶ Renforcer l'entraînement des équipes en particulier la prise en charge des urgences

► Le leadership

Le diaporama proposé par la HAS pour évaluer le leadership a été présenté à 26 membres de l'équipe. Le questionnaire « vous êtes un leader mais savez-vous si vous êtes un leader efficace? » a été complété par tous les participants.

Notre avis :

Les échanges ont permis l'évaluation des connaissances du personnel sur la représentation qu'ils se font du leadership. Ils ont également permis de discuter en équipe sur des situations vécues où le leadership a pu s'exercer. Le repérage des leaders dans l'équipe a été réalisé. Cependant, cette notion a été assez difficile à évaluer.

Synthèse de nos résultats :

Les réponses attestent d'une acquisition débutante :

- ▶ Vous êtes vous-même engagé, en quête de défis, de développement personnel et d'apprentissage (8%)
- ▶ Je mets en place des principes de concertation pour la prise de décision (19%)
- ▶ Le leader intègre les principes d'amélioration continue de la qualité aux procédures & résultats (12%)
- ▶ Je règle les conflits (19%)
- ▶ Je valorise les membres de mon équipe (8%)

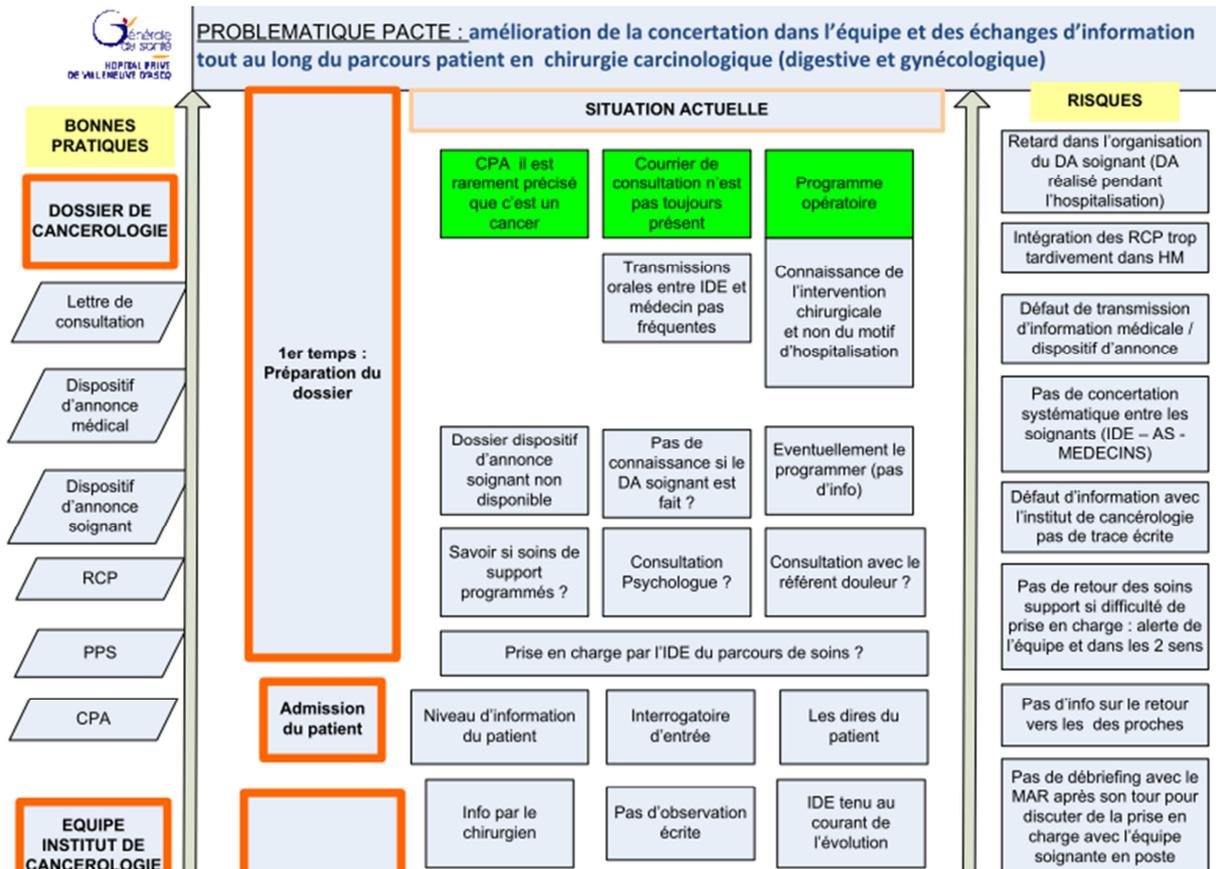
➤ Analyse de la problématique

La problématique a été définie en équipe.

À partir d'un parcours de soins, l'équipe de chirurgie a identifié les étapes du parcours, les difficultés pour respecter les recommandations et en a déduit les risques et les actions à mettre en place.

Nous présentons ci-dessous un extrait du modèle utilisé :

Figure 6-3 :



➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Amélioration de la concertation dans l'équipe et des échanges d'information tout au long du parcours du patient en chirurgie carcinologique (digestive et gynécologique).

➤Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
<p>Améliorer le partage des informations entre les médecins et les paramédicaux</p>	<p>Date début 26/06/2014 - Date fin 27/04/2015</p> <p>Uniformiser les protocoles de préparation préopératoire et prise en charge post opératoire pour les 3 chirurgiens de chirurgie viscérale</p> <p>Référencer les protocoles par le service qualité</p> <p>Présenter les protocoles aux équipes de chirurgie</p>
<p>Améliorer la transmission d'informations aux nouveaux embauchés ou aux nouveaux médecins : vérification du savoir chez le nouveau – que fait-on en cas de situation dégradée (ex lors du remplacement au pied levé) - Améliorer l'intégration des nouveaux embauchés – limiter les CDD remplaçants – améliorer le partage des habitudes de service</p>	<p>Date début 27/06/2014 - Date fin 09/11/2014</p> <p>Améliorer les informations aux nouveaux arrivants</p> <p>Organiser un temps de tutorat pour les nouveaux arrivants – (réfléchir comment on accueille les nouveaux)</p>
<p>Améliorer les échanges entre les services de chirurgie et le bloc opératoire</p>	<p>Date début 28/06/2014 - Date fin 10/11/2014</p> <p>Réfléchir sur la transmission des informations en temps réel des changements dans les prises en charge patient (ex : à jeun) Améliorer les informations en cas de changement sur le programme opératoire</p>
<p>Améliorer le partage de l'information sur le patient particulièrement pour la prise en charge en cancérologie entre les catégories professionnelles dans le service (IDE/AS – IDE /Médecins /AS/ Médecins) et entre le service et l'institut de cancérologie (relève/staff)</p>	<p>Date début 30/06/2014 - Date fin 09/03/2015</p> <p>Obtenir les documents de consultation, les RCP et les PPS dès l'admission du patient</p>
<p>Renforcer l'entrainement des équipes en particulier dans le cadre de la prise en charge des urgences</p>	<p>Date début 01/07/2014 - Date fin 15/09/2014</p> <p>Augmenter les simulations</p>
<p>Organiser des débriefing entre équipes soignantes et médicales après des événements sur la prise en charge patient - Mieux partager les EIG – revoir l'organisation des RMM par spécialité</p>	<p>Date début 02/07/2014 - Date fin 07/08/2015</p> <p>Organiser des débriefing à partir d'une méthodologie connue par les professionnels</p>
<p>Améliorer la demande du bloc opératoire : systématiquement annoncer le nom, prénom, motif d'intervention, chirurgien</p>	<p>Date début 03/07/2014 - Date fin 10/07/2014</p> <p>Systématiser la transmission de certaines informations lors de l'appel du patient par le bloc opératoire</p>
<p>Établir une fiche de bloc par le chirurgien afin d'améliorer les transmissions médicales bloc / service</p>	<p>Date début 04/07/2014 - Date fin 15/12/2014</p> <p>Améliorer transmissions chirurgien/service</p>
<p>Établir une conduite à tenir en cas d'erreur ou de dommage lié aux soins (que fait-on : débriefing ? Niveau d'information du patient ?)</p>	<p>Date début 07/07/2014 - Date fin 31/12/2015</p> <p>Informar sur le dommage lié aux soins en pratique sur toutes les prises</p>

<i>ce consensus est à définir en groupe</i>	<i>en charge</i>
<i>Établir une charte de fonctionnement sur le tour des médecins dans le service afin de limiter les interruptions de tâches et de réaliser les prescriptions au cours du poste – limiter les changements thérapeutiques en fin de poste (expérience Dr DESURMONT : après 10h, tour du médecin sans l'IDE et pas de gros changement thérapeutique)</i>	<i>Date début 08/07/2014 - Date fin 18/11/2014</i> <i>Mieux organiser les tours des médecins</i>
<i>Appliquer la mesure : « je porte l'alerte » pour tous les événements associés aux soins</i>	<i>Date début 09/07/2014 - Date fin 07/08/2015</i> <i>Augmenter la déclaration des EIAS</i>
<i>Améliorer la considération en particulier envers les AS – systématiser le bonjour</i>	<i>Date début 10/07/2014 - Date fin 20/11/2014</i> <i>Améliorer la coopération</i>
<i>Améliorer les échanges entre US CHIR/MEDECINE</i>	<i>Date début 15/09/2014 - Date fin 27/04/2015</i> <i>Réaliser une fiche de mutation prenant en compte la PEC cancéro à intégrer dans HM</i>
<i>LEADERSHIP : améliorer la gestion des conflits internes à l'équipe</i>	<i>Date début 18/07/2014 - Date fin 31/12/2014</i> <i>Réunion de débriefing et détermination d'actions d'amélioration du travail en équipe par les professionnels de santé concernés</i>
<i>Améliorer les demandes de prise en charge entre les professionnels</i>	<i>Date début 01/09/2015 - Date fin 01/12/2015</i> <i>Organiser la formation sur le kit SAED</i>
<i>Évaluer le degré de maîtrise des risques</i>	<i>Date début 01/09/2015 - Date fin 31/12/2015</i> <i>Organiser une nouvelle enquête culture sécurité</i>
<i>Organiser une réunion avec les chirurgiens viscéraux sur la prise en charge du cancer colorectal</i>	<i>Date début 01/10/2015 - Date fin 01/11/2015</i> <i>Réunir AS - IDE des 2 services pour échange sur la pratique - en vue d'élaborer une EPP en référence au chemin clinique déjà rédigé</i>
<i>Évaluer le respect des attentes des interfaces</i>	<i>Date début 15/10/2015 - Date fin 31/12/2015</i> <i>Réaliser un bilan à 1 an sur le respect des attentes chir/bloc opératoire</i>

b) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape de mise en œuvre et de suivi

➤ Le briefing

Réalisation de séances d'information et d'échanges sur des situations vécues sur le briefing.

➤ Le débriefing

Réalisation de séances d'information et d'échanges sur des situations vécues sur le débriefing.

Synthèse de nos résultats :

Mise en place d'un outil sur la gestion du dommage lié aux soins avec séances de débriefing.

➤ Saed

La présentation de l'outil est programmée en septembre 2015 avec 4 groupes de 4 IDE.

Utilisation des supports et mise en situation

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions		
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel Méthode de suivi dont les indicateurs
Améliorer le partage des informations entre les médecins et les paramédicaux		
Uniformiser les protocoles de préparation pré et post opératoire pour les 3 chirurgiens de chirurgie viscérale. Référencer les protocoles par le service qualité. Présenter les protocoles aux équipes de chirurgie	Programmé de juin 2014 à avril 2015	En cours En attente de paramétrage des protocoles sur le dossier informatisé Protocoles rédigés –diffusés – Suivi sur la GED de la prise de connaissance
Améliorer la transmission d'informations aux nouveaux embauchés ou aux nouveaux médecins : vérification du savoir chez le nouveau – que fait-on en cas de situation dégradée (ex lors du remplacement au pied lever) – Améliorer l'intégration des nouveaux embauchés – limiter les CDD remplaçants – améliorer le partage des habitudes de service		
Améliorer les informations aux nouveaux arrivants Organiser un temps de tutorat pour les nouveaux arrivants – (réfléchir comment on accueille les nouveaux)	Programmé de juin 2014 à novembre 2015 En cours	revoir le circuit embauche en intégrant le service qualité (codes YES - GERIMED + formation sur les 2 logiciels) et en organisant une formation HM. Parrainage dès l'arrivée, formulaire sur les "habitudes du service" = tableau avec les tâches horaires pour prof au pied levé classement des documents spécifiques par thème facilitant la recherche par les équipes. Intégration des documents sur la GED
Améliorer les échanges entre les services de chirurgie et le bloc opératoire		
Réfléchir sur la transmission des informations en temps réel des changements dans les prises en charge patient (ex : à jeun) Améliorer les informations en cas de changement sur le programme opératoire	Programmé de Juin 2014 à novembre 2014 Réalisé	Respecter la demande conforme : nom - prénom - intervention - praticien Organiser l'ordonnancement du brancardage avec le coordinateur et le brancardier. Prévenir le service concerné des changements des programmes opératoires par le coordinateur de bloc ou l'anesthésiste responsable du programme

Améliorer le partage de l'information sur le patient particulièrement pour la prise en charge en cancérologie entre les catégories professionnelles dans le service (IDE/AS –IDE /Médecins –AS/Médecins) et entre le service et l'institut de cancérologie (relève –staff)

<p>Obtenir les documents de consultation, les RCP et les PPS dès l'admission du patient</p>	<p>Programmé de juin 2014 à mars 2015</p> <p>En cours</p>	<p>Mise en place de plages pour les dispositifs d'annonce soignants avant l'hospitalisation, organisées du lundi au vendredi après midi</p> <p>Organisation de temps d'échanges sur les attentes avec l'institut et le service</p> <p>Passage de la psychologue, de la coordinatrice de cancérologie toutes les semaines dans le service de chirurgie</p> <p>Mise en place d'une check-list sur la complétude du dossier</p> <p>Evaluation tous les mois de 10 dossiers</p>
---	---	---

Renforcer l'entraînement des équipes en particulier la prise en charge des urgences

<p>Augmenter les simulations</p>	<p>Programmé de juillet 2014 à septembre 2014</p> <p>Réalisé</p>	<p>Formation en interne par la coordinatrice de nuit aux équipes de nuit, formation réalisée une fois par an par IADE bloc sur la prise en charge en urgence avec utilisation du chariot d'urgence, respirateur</p> <p>Formation AFGSU réalisée en septembre 2014</p> <p>Formation sur les urgences pédiatriques réalisée en septembre 2014 par un médecin réanimateur pédiatrique du CHRU</p>
----------------------------------	--	--

**Organiser des débriefing entre équipes soignantes et médicales après des événements sur la prise en charge patient -
Mieux partager les EIG – revoir l'organisation des RMM par spécialité**

<p>Organiser des débriefing à partir d'une méthodologie connue par les professionnels</p>	<p>Programmé de juillet 2014 à septembre 2014</p> <p>Réalisé</p>	<p>Formation sur le débriefing en juillet 2015 : les chirurgiens sont prévenus de cette nouvelle méthode qui ne remet pas en question les réunions médecins. ACTIONS mises en place : Dossiers présentés par les membres de l'équipe intervenue dans la PEC du patient</p> <p>Staff réalisé si nécessaire concernant la PEC d'un patient hospitalisé présentant une difficulté avec le médecin référent, la cadre et l'équipe formation aux équipes en février 2015 débriefing réalisés pour différentes circonstances: gestion de flux tendu, absence non prévu d'un soignant, déploiement hm....</p>
---	--	--

Améliorer la demande du bloc opératoire : systématiquement annoncer le nom, prénom, motif d'intervention, chirurgien

<p>Systématiser la transmission de certaines informations lors de l'appel du patient par le bloc opératoire</p>	<p>Programmé de juillet 2014 à juillet 2015.</p>	<p>En cours</p> <p>Bilan des attentes des interfaces bloc / SSPI/ service en décembre 2015</p>
---	--	--

Établir une fiche de bloc par le chirurgien afin d'améliorer les transmissions médicales bloc / service

Améliorer transmissions chirurgien / service	Programmé de juillet 2014 à décembre 2014	En cours : Création d'un document validé par l'équipe de chirurgie viscérale : transmission chirurgien / service (DOC 1099) mis en place depuis le 10/9/2014
--	---	--

Établir une conduite à tenir en cas d'erreur ou de dommage lié aux soins (que fait-on : débriefing ? Niveau d'information du patient?) ce consensus est à définir en groupe

Reconnaître le dommage lié aux soins en pratique sur toutes les prises en charge	Programmé de juillet 2014 à décembre 2015	En cours : Création d'un document « gestion de l'annonce du dommage lié aux soins. » à remplir par la cadre dès dommage en accord avec le corps médical et DSI. Action réalisée pour les dossiers présentés en RMM de février 2014 Vérification de l'application. Rappel en commission qualité/sécurité
--	---	--

Établir une charte de fonctionnement sur le tour des médecins dans le service afin de limiter les interruptions de tâches et de réaliser les prescriptions au cours du poste – limiter les changements thérapeutiques en fin de poste (expérience Dr DESURMONT : après 10h, tour du médecin sans l'IDE et pas de gros changement thérapeutique)

Mieux organiser les tours des médecins	Programmé de juillet 2014 à novembre 2014	En cours Attendre le passage du chirurgien pour refaire le pansement – prendre une photo de l'évolution de la plaie – passage des chirurgiens viscéraux le matin : toujours le même créneau horaire
--	---	---

Appliquer la mesure : « je porte l'alerte » pour tous les événements associés aux soins

Augmenter la déclaration des EIAS	Programmé de juillet 2014 à août 2015	Réalisé : Le cadre de santé aide à la déclaration si peur de l'équipe (mise en confiance) – culture sécurité développée dans le service - ACRES menées
-----------------------------------	---------------------------------------	---

Améliorer la considération en particulier envers les AS – systématiser le Bonjour

Améliorer la coopération	Programmé à compter de juillet 2014	Réalisé Constat positif
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Améliorer les échanges entre US CHIR/MEDECINE

Réaliser une fiche de mutation prenant en compte la PEC cancérologie à intégrer dans HM	Programmé de septembre 2014 à avril 2015 En cours	Réunions d'échanges suite à des EI menées Action en cours : tracer les éléments de la prise en charge en cancérologie sur le formulaire de mutation
---	--	--

LEADERSHIP : améliorer la gestion des conflits internes à l'équipe

Réunion de débriefing et détermination d'actions d'amélioration du travail en équipe par les professionnels de santé	Programmé de juillet 2014 à décembre 2014 Réalisé	Réunions de service organisées afin de désamorcer les conflits Réunions d'expression organisées
--	--	--

<i>concernés</i>		
Améliorer les demandes de prise en charge entre les professionnels		
<i>Organiser la formation sur le kit SAED</i>	<i>Programmé de septembre 2015 à décembre 2015</i>	<i>En cours</i>
Évaluer le degré de maîtrise des risques		
<i>Organiser une nouvelle enquête culture sécurité</i>	<i>Programmé de septembre 2015 à décembre 2015</i>	<i>En cours</i>
Organiser une réunion avec les chirurgiens viscéraux sur la prise en charge du cancer colorectal		
<i>réunir AS - IDE des 2 services pour échange sur la pratique - en vue d'élaborer une EPP en référence au chemin</i>	<i>Programmé d'octobre 2015 à novembre 2015</i>	<i>En cours</i>
Évaluer le respect des attentes des interfaces		
<i>Réaliser un bilan à 1 an sur le respect des attentes chir bloc opératoire</i>	<i>Programmé d'octobre 2015 à décembre 2015</i>	<i>En cours</i>

2. L'équipe de soins de suite et de réadaptation du Centre Hospitalier de Laon

A. L'établissement et l'équipe engagés



Le centre Hospitalier de Laon est un établissement public de santé public

- ⇒ Une capacité total de 494 lits dont :
 - ▶ 230 lits et 27 places de Médecine, chirurgie, obstétrique
 - ▶ 70 lits de soins de suite et de réadaptation
 - ▶ 126 lits d'EHPAD
 - ▶ 41 lits d'USLD places d'ambulatoire
- ⇒ Le SRR gériatrique composé de 2 unités est excentré et accueille des patients poly pathologique complexes avec une dépendance physique, cognitive et sociale

L'équipe de soins de suite et de réadaptation engagée dans le programme est composée de 60 professionnels de santé :

- ⇒ 3,5 médecins
- ⇒ 14,5 ETP infirmiers
- ⇒ 2 ETP cadres de santé 21,25 ETP aides soignants
- ⇒ 6,5 ETP agents des services hospitaliers
- ⇒ Des professionnels de santé qui interviennent sur l'ensemble de l'établissement:
 - ▶ Diététicienne et masseur kinésithérapeute
 - ▶ L'assistante sociale et le psychologue, secrétaire
 - ▶ Les bénévoles, coiffeuse, intendant

L'engagement de l'établissement

Le projet a été initié par la direction et le président de la CME conjointement avec le chef de service SSR et le service qualité et gestion des risques

La mission principale de l'établissement est la réadaptation globale de la personne âgée après un problème médico-psycho-social aigu ou chirurgical qui a fragilisé physiquement et cognitivement le patient, dans le but d'un retour à domicile majoritairement ou si l'état médical et d'autonomie ne le permet pas, une institutionnalisation en E.H.P.A.D. ou long séjour.

Les orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation sont également de limiter les handicaps physiques tout en essayant de restaurer les problèmes somatiques et psychologiques. L'éducation du patient et de son entourage est importante pour la poursuite et le suivi des soins et du traitement.

La prise en charge des soins palliatifs est incontournable avec un accompagnement « dans la vie et jusqu'à la mort » des personnes soignées en collaboration avec l'équipe de soins palliatifs.

Notre vision :

Arbitrage des soins en fonction des moyens et des contraintes architecturales et médico-économiques tout en préservant les valeurs professionnelles de l'équipe et la philosophie de soins.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Le projet fait suite à des événements indésirables liés à la prise en charge et à la communication avec le patient et sa famille.

L'équipe souhaite :

- ◆ Maintenir une prise en charge de qualité qui reste notre principale préoccupation et ce en lien avec nos missions de réadaptation globale tout en préservant des stratégies d'organisation quotidiennes pour éviter l'épuisement professionnel dans notre unité
- ◆ Maîtriser les risques dans la prise en charge avec une réelle conscience des professionnels de l'importance du travail en équipe pour la sécurité et la qualité des soins
- ◆ Améliorer les relations avec les familles au cours de la prise en charge en SSR de patients présentant des troubles cognitifs

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

- ◆ Prévenir et éviter les événements indésirables
- ◆ Améliorer les conditions de travail
- ◆ Renforcer les compétences individuelles au service du collectif
- ◆ Évaluer et améliorer les outils de communication
- ◆ Conforter la qualité de la prise en charge
- ◆ Renforcer la sécurité dans la prise en charge du patient

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

- ◆ Une prise en charge globale et individualisée du patient en incluant la famille et l'entourage
- ◆ Une prise en charge pluridisciplinaire et collaborative prenant en compte la dimension éthique des soins.
- ◆ La culture des briefings, débriefings et de la transmission des informations, mise en place d'outils qualité pour la prise en charge et le suivi des patients (Dossier unique gériatrie, EPP chute, protocoles contention, douleur, dénutrition, MMS.....).

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en mai 2014.

Notre avis :

Cette enquête n'est pas adaptée aux intervenants extérieurs au service ou transversaux (Kinésithérapeute, Assistante sociale, bénévoles, psychologues, intendants, ambulanciers...).

Néanmoins, ces interlocuteurs concourent ou influent sur la prise en charge réalisée au sein du service et étaient intégrés dans l'équipe Pacte.

L'enquête était en revanche adaptée aux membres de l'équipe.

Synthèse de nos résultats :

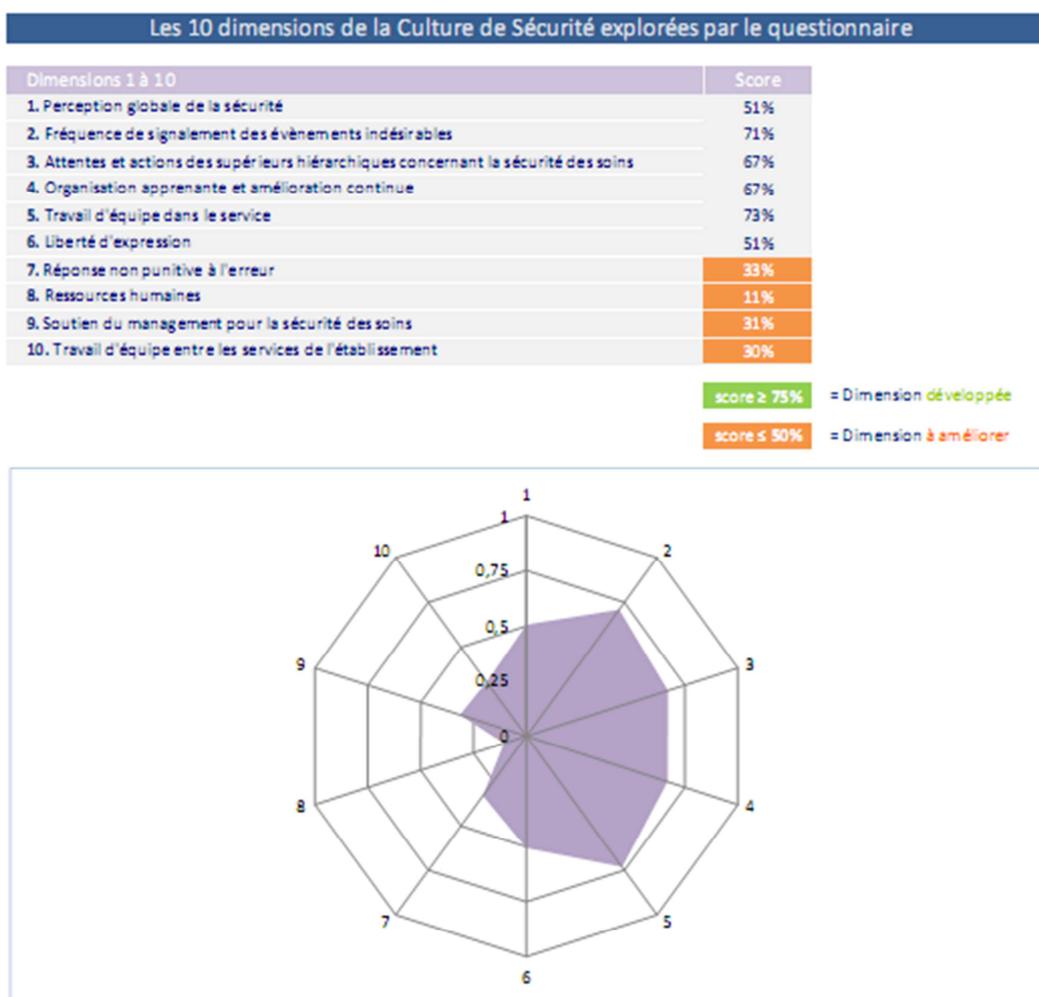
Nous avons recueilli 55 réponses :

- ▶ Liberté d'expression: 51%
- ▶ Réponse non punitive à l'erreur: 33%
- ▶ Soutien du management (direction) pour la sécurité des soins 31%
- ▶ Travail d'équipe entre les services de l'établissement 30%
- ▶ Ressources humaines 11%

Il apparaît plusieurs axes à améliorer et notamment sur la perception globale de la sécurité, la réponse non punitive à l'erreur, les ressources humaines, le soutien du management pour la sécurité des soins, le travail d'équipe entre les services de l'établissement.

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat :

Figure 7-1 :



➤ Le CRM Santé

Trois séances de CRM Santé ont été réalisées en mai et juin 2014.

Notre avis :

Formation très intéressante et très riche dans les échanges.

Le formateur ne doit pas avoir de lien hiérarchique avec le service.

Il semble que les séances soient à réaliser en binôme de formateurs car beaucoup interactions. Il est important de bien préparer sa session par rapport à la logistique, l'informatique, etc.

La durée des séances est trop longue.

Synthèse de nos résultats :

Les axes identifiés au cours des trois séances qui ont été animées les 15 mai, 22 mai et 5 juin 2014 portent sur :

- ▶ La discussion éthique autour des soins selon les ressources contraintes et étude de la charge en soins avec niveau de capacité acceptable
- ▶ La sécurisation (bracelet d'identification en place, médicaments chez patients avec troubles cognitifs à travailler)
- ▶ Valoriser l'alerte: Déclarer plus les EI
- ▶ Une culture de la transmission en interne mais est-elle de qualité ? Comment mieux communiquer avec l'amont (MCO, les transports...)? Diagnostic et Amélioration des transmissions d'équipe déjà existante
- ▶ Une programmation des entrées inadéquate (relationnel avec MCO)
- ▶ Le soutien de l'équipe (situations complexes, difficiles)
- ▶ Comment faire comprendre aux patients / familles nos limites en terme de ressources (communication « contrat » à l'entrée ?)
- ▶ Les Personnes avec troubles cognitivo-comportemental: comment pour l'information éclairée ? consentement ? Capabilité ? Personne de confiance ? Éthique ?
- ▶ La compétence de la communication de l'équipe : quels supports ?
- ▶ Le projet kiné et le travail sur le recrutement
- ▶ Le logiciel de prescription Pharma (revoir la reprise du « club pharma »)

➤ **Le leadership**

L'outil n'a pas été approfondi par manque d'appropriation des membres de l'équipe. Cet outil serait à proposer plus tard, à un autre moment.

Cet outil est adapté à la notion de chef de service, mais pas à celle du leadership au sein de l'équipe.

➤ **Analyse de la problématique**

L'outil proposé n'a pas été utilisé. L'équipe a fait le choix de la méthode AMDEC. La formalisation d'une cartographie des risques a priori a ainsi été réalisée sur l'ensemble du parcours du patient en SSR.

Synthèse de nos résultats :

La cartographie nous a permis de mettre en évidence les points critiques suivants :

- ▶ Les ressources à réadapter à la charge de travail
- ▶ Problème dans la programmation des entrées

- ▶ Projet réadaptation (kiné, cognitive, continence, alimentation : nouveaux métiers) (inadaptation aides de vie quotidienne)
- ▶ Supervision des équipes en lien avec les RPS (risques psychosociaux)
- ▶ Logistique : fenêtres, volets, sonnettes adaptées, les bips, plan rénovation

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

L'équipe a été confortée dans ses valeurs et bonnes pratiques : le **sens** dans le travail mis en valeur, la **qualité de travail** dans la **sécurité** de tous, l'**humain** au cœur du dispositif.

Ce travail a permis la réinstauration de la **confiance** de l'équipe et la revalorisation de la prise en charge réalisée au sein de ce service.

Le Pacte permet un **temps** de prise de recul et d'**analyse** des pratiques et de travailler sur les aspects **relationnels soignant/soigné et soignant/soignant**.

Hormis le plan d'actions détaillé ci-dessous, Pacte nous a permis :

- ▶ D'organiser une commission d'arbitrage institutionnelle limite ressources/charge en soin/sécurité
- ▶ Une Communication instaurée SSR /institution avec nouveau regard de l'institution
- ▶ Un Renfort en personnel depuis le 1/04/2015 mais non pérenne
- ▶ Une Déclaration des EI devenu un réflexe pour analyse avec 2 analyses ALARM (retour d'expérience) en cours
- ▶ Une Programmation: Via trajectoire (débuté le 24/03/2015 en SSR) et Parcours du patient (MCO, SSR, Domicile)
- ▶ Une Supervision de l'équipe :
 - Par un psychologue du travail 1 fois par mois
 - Un travail institutionnel en cours sur les risques psychosociaux au travail RPS avec entre autre proposition dans le cadre des RPS d'une formation sur le « travail en équipe » pour les nouveaux arrivants

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
<i>Identifier la personne de confiance des patients avec TTC :</i> <i>Évaluation de la capacité du patient</i> <i>Faire comprendre l'intérêt et l'importance de la personne de confiance au patient et sa famille</i>	<i>Formation de l'équipe : rappel sur la personne de confiance et formation à la reformulation</i> <i>Test Faire dire (Teach back) : 02/2015 à 06/2015</i>
<i>Améliorer la communication en équipe :</i> <i>Adaptation des outils de transmissions</i> <i>Participation de toutes les catégories professionnelles</i>	<i>Test Briefing Debriefing</i> <i>En cours</i>

b) Retour d'expérience sur l'étape de Mise en œuvre & de suivi

➤ Faire dire

L'outil Faire dire (Teach back) pourrait être associé à un atelier de simulation par jeu de rôles avec un usager expert.

Notre avis :

Temps de test court.

Nécessité de s'approprier l'outil lors d'une phase de formation avant mise en œuvre dans le service.

Ressources correctes nécessaires à la mise en œuvre de cet outil (Binômes professionnels à minima).

➤ Gestion des risques

L'outil AMDEC est complémentaire du CRM et contribue à favoriser le travail en équipe par un partage du diagnostic et des axes d'amélioration.

Notre avis :

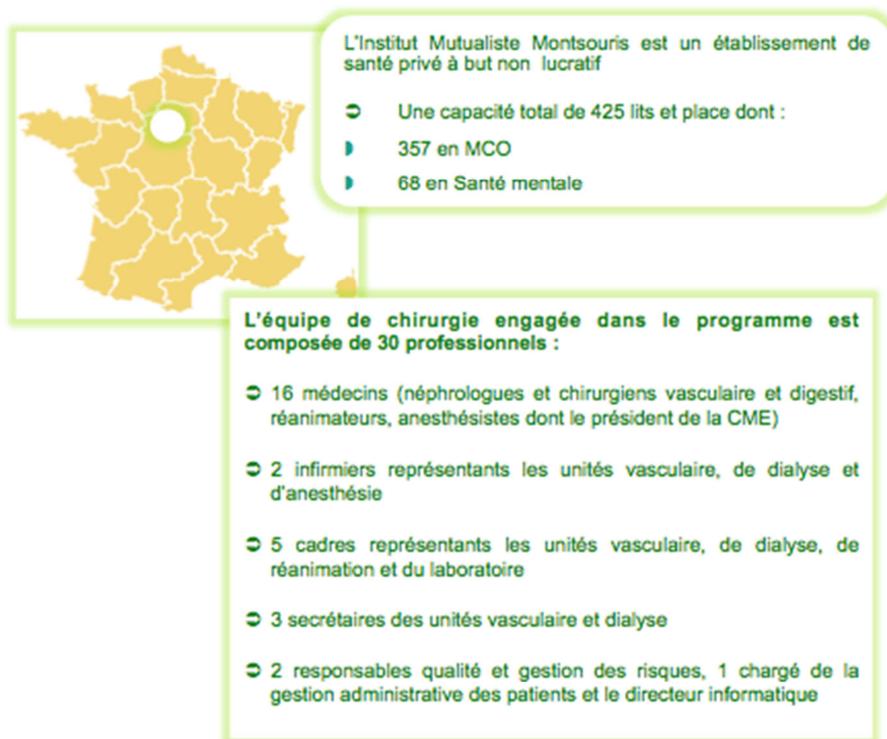
Temps nécessaire à la réalisation de la cartographie.

Mobilisation forte de l'équipe.

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
Identifier la personne de confiance des patients avec TTC			
Formation équipe : personne de confiance et méthode de reformulation	Réalisé	Audits de dossiers désignation d'une PC = 100% pour le SSR 1 et 95,5% pour le SSR RC	Nombre de fiches personne de confiance complétées / nombre d'entrée Satisfaction du patient sur l'information reçue Nombre d'EI en lien avec la relation équipe/patient/famille
Améliorer la communication en équipe			
Test des outils briefing et debriefing	En cours		Nombre d'EI liés aux dysfonctionnements des transmissions Nombre d'EI analysés Satisfaction de l'équipe par rapport aux outils de transmissions Nombre de briefing réalisés Nombre de débriefing réalisés

3. L'équipe de Dialyse de l'Institut Mutualiste Montsouris

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'engagement de l'établissement

La Direction a répondu à une sollicitation de l'équipe qui a souhaité participer au projet

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Dans le cadre de son projet médical, l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) souhaite renforcer son positionnement dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients vasculaires non programmés. Un travail collaboratif entre plusieurs équipes (dialyse, vasculaire et autres départements) devra assurer une meilleure accessibilité et une efficacité des soins à une population à haut risque vieillissante.

Il s'agit également de créer une nouvelle dynamique collaborative entre les équipes, afin de mieux soigner ensemble et d'améliorer la qualité/sécurité des soins. Ce projet innovant permettra d'assurer la fluidité du parcours des patients en sécurisant les interfaces.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

- ▶ Obtenir des informations en amont de l'admission (constats : difficultés pour obtenir des informations permettant de bien orienter le patient, manque de renseignements médicaux, mauvaise orientation des appels des correspondants externes, manque de traçabilité des appels, manque d'informations sur les antécédents et l'état du patient) autant de freins pour identifier précisément les besoins de prise en charge, d'information des patients et notamment l'urgence des situations.
- ▶ Mieux cibler les prises en charge réellement urgentes et prévenir les désorganisation et conflits entre les services

- ▶ Cette problématique complexe faisant intervenir de nombreux professionnels internes et externes et plusieurs interfaces (réanimation, service vasculaire, bloc opératoire, dialyse) a rapidement montré l'importance d'une prise en charge d'équipe pluridisciplinaire

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Les coûts engendrés par le manque de collaboration, le manque d'efficacité et les erreurs potentielles ont démontré l'importance de travailler en équipe, de créer un espace d'échange d'écoute et de respect de l'autre, de compréhension de ses contraintes et de reconnaissance de ses compétences.

Apprendre de ses erreurs et s'inscrire dans une démarche de parcours de soins. L'objectif est d'offrir aux patients, des soins de qualité et efficaces et de trouver des solutions à des problèmes considérés jusque-là comme insolubles.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a. Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en au printemps 2014

Notre avis :

Cette enquête a permis d'objectiver que dans chacune des équipes il n'y avait pas de problème mais que le travail entre les différents services de l'établissement était compliqué (représentait le score le plus bas des 10 dimensions de la culture sécurité)

Synthèse de nos résultats :

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat

Figure 10 :

Dimensions 1 à 10	Score	
1. Perception globale de la sécurité	43%	≤ 50% à améliorer
2. Fréquence de signalement des EI	54%	
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	66%	
4. Organisation apprenante et amélioration continue	63%	≥ 75% développée
5. Travail d'équipe dans le service	66%	
6. Liberté d'expression	75%	
7. Réponse non punitive à l'erreur	36%	
8. Ressources humaines	29%	
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	29%	
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	25%	

➤ Le CRM Santé

Deux séances de CRM Santé ont été réalisées en juin et juillet 2014.

Le 27 juin 2014 : 11 personnes

Le 8 juillet 2014 : 17 personnes

Ont participé : des IADE ,cadre de santé, secrétaire chirurgien brancardier, médecin, IDE , responsable qualité , coordonnateur gestion des risques président de CME

Notre avis :

Le CRM a été jugé trop éloigné du quotidien par les équipes

➤ Le leadership

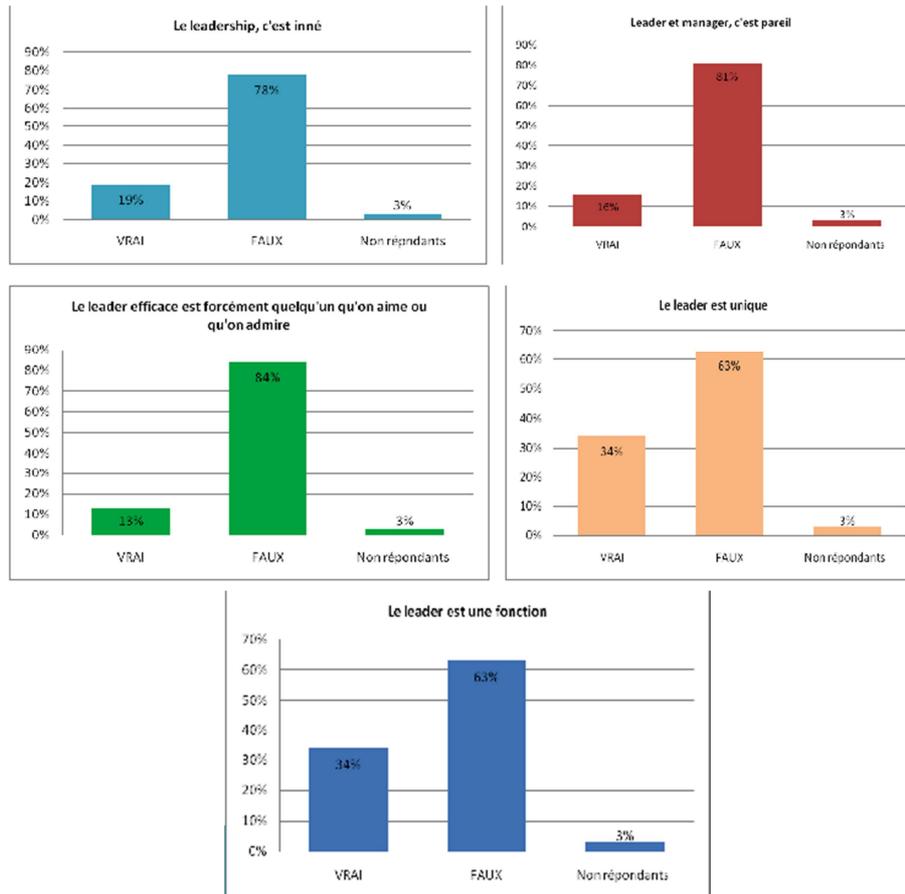
L'outil a été utilisé et les statistiques ont été établies à partir de 32 questionnaires.

Notre avis :

Le concept du leadership a été jugé comme trop compliqué même s'il ressort de l'enquête une compréhension des participants sur le concept

Clarifier les périmètres entre management et leadership est indispensable avant de le déployer

Synthèse de nos résultats :



➤ Analyse de la problématique

Objectif : lister les problèmes aux interfaces et entre équipes et réaliser un état des lieux des pratiques
Une réunion « remue-méninges » pour démarrer le projet avec des règles claires (pas de censure, sans commentaire ni critique dans le respect et l'écoute de l'autre) a été organisée. 2-3 minutes ont été attribuées pour noter individuellement les problèmes que chaque participant rencontre sur un papier. Puis un tour de table a été réalisé pour que chacun prenne la parole et expose 1 idée à la fois. Le temps de parole a été égal pour chacun quelle que soit sa fonction (chef de service, secrétaire...)

Notre avis :

A été mis en place dès le début du projet. Cette réunion a permis aux professionnels de commencer à s'écouter, à oser dire les problèmes et à chacun de comprendre qu'il n'y avait aucune mauvaise volonté mais une méconnaissance du travail de l'autre

Outil simple et efficace

Synthèse de nos résultats :

A l'issue de la phase diagnostique, une lettre Pacte a été éditée pour communiquer l'ensemble des résultats obtenus.

Projet PACTE – Apprenons ensemble
 Parcours de soins des urgences vasculaires des patients dialysés
 De l'appel téléphonique au bloc opératoire

Diagnostic – Centre de Ressources Management (CRM santé)

Deux sessions de sensibilisation afin de réaliser un diagnostic sur le fonctionnement de l'équipe et d'identifier les thèmes sur lesquels travailler ont été réalisés les 27 juin et 8 juillet dernier. Au total 28 personnes ont été formées.

Diagnostic – Questionnaire Culture sécurité

Un questionnaire permettant de mesurer les 10 dimensions de la culture sécurité d'un établissement a été renseigné par 36 professionnels. Perception globale de la sécurité / fréquence de signalement des EIAS / attente et action des supérieurs hiérarchiques / organisation apprenante et amélioration continue / travail d'équipe dans le service / liberté d'expression / réponse non punitive à l'erreur / ressources humaines / soutien du management pour la sécurité des soins / travail d'équipe entre les services

Diagnostic – Analyse de la problématique

Une réunion « remue-méninges » a permis de dégager par étape les dysfonctionnements qui entravent le bon déroulement du parcours de soins des urgences vasculaires des patients dialysés et la coordination des acteurs entre eux. 29 professionnels multi métiers et multi secteurs étaient présents.

Les thèmes retenus pour l'amélioration du travail en équipe

<p>CRM</p> <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la communication intras et inter services (briefing/staff si changement de stratégie) Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux et fidéliser les professionnels 	<p>Culture sécurité (dimensions à améliorer)</p> <ul style="list-style-type: none"> Perception globale de la sécurité Réponse non punitive à l'erreur Ressources Humaines Soutien du management pour la sécurité des soins Travail d'équipe entre les services 	<p>Problématique</p> <ul style="list-style-type: none"> Travailler sur l'urgence (c'est quoi une urgence, prioriser, qui les gère, dans quelle salle du bloc...) Travailler sur l'information et la communication (connaissance du patient, motif d'hospitalisation, infos contradictoires, ...)
--	--	---

➤ **Reformulation définitive de la thématique de travail**

L'intitulé du projet a un peu évolué après la phase diagnostic : clarification du périmètre

Au départ : Prise en charge (PEC) insuffisants rénaux en urgence

Puis : **PEC des patients vasculaires non programmés**

➤ **Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic**

1. Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
1 Définir des critères d'éligibilité prenant en compte les critères de tous les services impactés et les attentes des établissements adresseurs	Mise en place de formulaire d'admission intégrant les informations nécessaires à tous les services impliqués dans la prise en charge et notamment les informations des correspondants externes. Informatisation de ces formulaires Mise à disposition de ces formulaires informatisés aux établissements externes
2 Définir de manière consensuelle ce qu'est une urgence avec distinction entre urgence vitale et non programmé	Mise en place de codes couleur permettant de distinguer les urgences vitales, relatives et différées. Chaque intervenant est informé en temps réel de l'arrivée d'un patient et du degré d'urgence via WhatsApp (en attendant l'informatisation)
3 Clarifier le parcours des patients	Mise en place de chemins cliniques et de plans de soin guide par les cadres pour « baliser » le parcours patient entre les différents services

4 Fidéliser les professionnels	Certains membres de l'équipe se sont inscrits dans des missions de suivi (ex la secrétaire suit les indicateurs ...) Le projet « vis ma vie » pour comprendre le travail de l'autre et rendre les relations (avec la dialyse) entre équipes plus fluides
5 identifier les évènements indésirables et les problèmes organisationnels entre les équipes jour nuit	Mise en place de réunions quotidiennes de type briefing / débriefing

b. Retour d'expérience sur l'étape de Mise en œuvre & de suivi

➤ Le briefing

Utilisé entre les équipes tous les matins dans les services de soin , il a permis d'améliorer les relations et la prise en charge des patients

Notre avis :

C'est un outil simple et apprécié des équipes soignantes

Mise en place d'un débriefing 2 fois par semaine spécifique aux patients hospitalisés dialysés

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
<i>Définir des critères d'éligibilité prenant en compte les critères de tous les services impactés et les attentes des établissements adresseurs et définir de manière consensuelle ce qu'est une urgence avec distinction entre urgence vitale et non programmé</i>			
2 réunions avec les correspondants (sont contents de l'organisation , veulent participer pour améliorer la PEC ont apprécié qu'on leur demande leur avis	Réalisé	Les professionnels se parlent et s'écouent. Moins de désorganisations grâce aux codes couleurs et aux outils de dialogue Améliore les relations inter services et en interne le travail en équipe Rôle de chacun défini Circuit patient défini	Enquête auprès des correspondants et enquête satisfaction
Etablir le circuit de cette check list	En cours avec la DSI	A permis de comprendre les contraintes des autres	
Informatisation de ces formulaires	En cours avec la DSI	Améliore la communication avec la cadre Améliore sécurité des patients (moins de FEI)	
Définir une urgence et mettre en place des codes couleur	Réalisé	Le service dialyse sort de son enfermement. Volonté de mener des projets en commun : les services ont fait ensemble la journée du rein Un pôle rein et vaisseaux émerge In fine un réel impact pour le patient et pour la structure avec	Code rouge : 182 patients Code orange : 158 patients Code vert : 194 patients Analyse : avant l'expérimentation il y aurait eu 534 codes rouges. Il y a donc

		<i>un impact médico économique</i>	moins de problèmes d'organisation Du fait de la meilleure gestion de l'urgence, on constate une diminution du nombre de dialyses réalisées en réanimation et donc une diminution du coût d'utilisation de la réa augmentation de la performance économique du département
--	--	------------------------------------	---

Clarifier le parcours des patients

<i>Mettre en place des chemins cliniques</i>	Réalisé		Audit de dossiers
--	---------	--	-------------------

Fidéliser les professionnels

<i>Travail participatif</i>	Réalisé	4 « tirés vers le haut » ont décidé de reprendre des études : une réelle motivation pour progresser 2 aides-soignantes (une va faire l'ide l'autre orthoptistes) 2 IDE vont faire un master et une 3eme reprend des études	Nombre de professionnels impliqués dans le projet
-----------------------------	---------	--	---

identifier les évènements indésirables et les problèmes organisationnels entre les équipes jour nuit

<i>Mise en place de réunions quotidiennes de type briefing / débriefing</i>	Réalisé	taux de débordements au bloc alors que le nombre d'interventions et le TROS augmente, les débordements et l'activité de nuit/WE se réduisent donc diminution des coûts d'utilisation du plateau technique bloc	Suivre dans le temps les codes d'urgence (Et les évènements indésirables) 1 EPR en 2015
---	---------	--	--

Mise en place d'un projet « vis ma vie »

<i>Un projet écrit a été rédigé par l'encadrement</i>	<p><i>Projet « vis ma vie » Les professionnels affectés dans le service d'hémodialyse ou dans le service de vasculaire, observent pendant une journée, la prise en charge du patient dans le service autre que celui où ils ou elles exercent leur fonction pour connaitre le parcours de soins dans sa globalité</i></p> <p><i>Le chef de service (chirurgien vasculaire) a commencé et a suivi pendant une journée une IDE du service dialyse. suivi d'une séance de débriefing</i></p> <p><i>Un film relate cette journée type de dialyse a permis de montrer ce que chacun fait au travers les yeux d'un autre et en particulier du chef de</i></p>		
---	---	--	--

➤ Principaux messages à retenir

Les conditions de réussite

- ◆ Implication et réelle volonté du chef de service qui doit être en capacité de remettre en question son organisation et son management ;
- ◆ S'interroger sur le timing de la réunion brainstorming car il faut que les professionnels soient en capacité d'entendre tous les problèmes évoqués au cours de cette réunion.

Les risques

- ◆ Se perdre dans la multitude d'outils proposés par la HAS (par rapport à l'expérimentation) ;
- ◆ La Direction même si elle n'est pas partie prenante ne doit pas être bloquante.

La suite

- ◆ Intégration informatique en routine des indicateurs ;
- ◆ Voir comment intégrer le patient dans ce programme ;
- ◆ Déployer dans les autres services.

4. L'équipe de l'Hospitalisation à Domicile La Croix Saint-Simon à Paris

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'engagement de l'établissement

La direction est à l'initiative de l'engagement de l'équipe dans le programme. L'entrée dans le projet a été validée par le président de la CME et la direction des soins. Pour assurer le suivi du projet, durant chaque CME et COVIRIS un bilan est réalisé et diffusés aux cadres de l'Hospitalisation à Domicile (HAD).

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

L'Hospitalisation à Domicile est, par nature, une structure pluri-professionnelle médico-psycho-sociale. Elle assure la coordination et la continuité des soins et met en synergie de nombreux acteurs salariés de l'HAD et exerçant à titre libéral en lien avec les établissements hospitaliers partenaires.

Pour assurer au mieux le service rendu aux usagers, l'HAD est en veille constante sur les nouvelles méthodes et outils destinés à améliorer sa démarche de prévention et de gestion des risques.

La coordination étant un élément principal du fonctionnement de l'HAD, l'opportunité de participer à ce programme sur le travail en équipe ne pouvait être négligée. De plus, le recueil et l'analyse des événements indésirables avaient permis d'identifier des problématiques de coordination et de circulation de l'information.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

L'objectif principal du projet est d'améliorer la continuité des soins entre les équipes de jour et de soir/nuit pour assurer la sécurité du patient et de son entourage.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Les équipes pluri professionnelles d'Hospitalisation à Domicile assurent la prise en charge globale (médico-psycho-sociale) centrée sur le patient en lien avec le médecin traitant et les services hospitaliers.

Elle assure la coordination et la continuité des soins et met en synergie de nombreux acteurs salariés de l'HAD et exerçant à titre libéral en lien avec les établissements hospitaliers partenaires.

Sa position dans le système de santé en fait un acteur du décroisement entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

A. Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

a. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en mai 2014.

Notre avis :

L'outil a mis en évidence les difficultés de coordination entre les différentes équipes. Il a permis de faire un état des lieux sur le niveau de culture des professionnels engagés dans la démarche.

Synthèse de nos résultats :

L'enquête confirme des points positifs :

- ◆ Le travail d'équipe dans le service.

Des axes de progrès sont mis en évidence :

- ◆ Renforcer le travail d'équipe entre les services de la structure, les ressources humaines ;
- ◆ Communiquer sur la réponse non punitive à l'erreur ;
- ◆ Augmenter le nombre de signalements des EI.

Présentation des résultats selon les thématiques « culture de sécurité » :

Figure 11.1 :

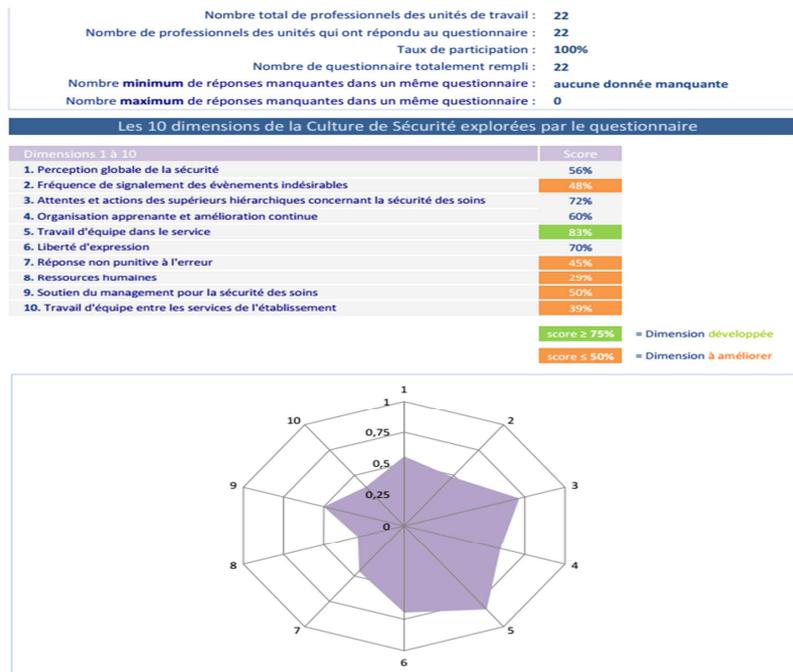
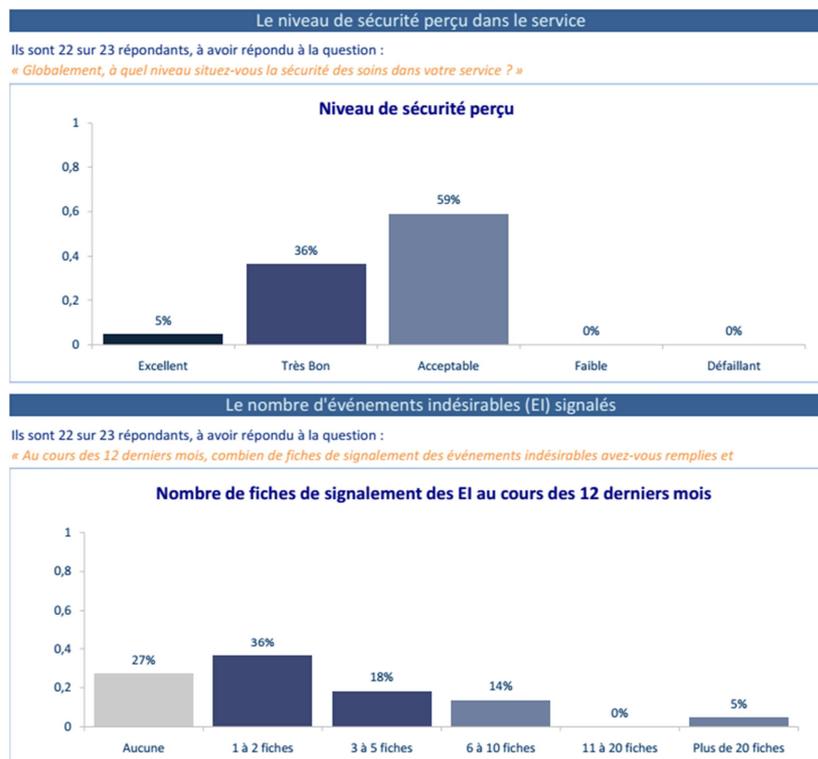


Figure 11.2 :



➤ **Le CRM Santé**

2 séances de CRM ont été réalisées, les 30/06/2014 et 10/07/2014 et ont chacune rassemblées 20 participants. La composition des 2 groupes était pluri professionnelle.

Notre avis :

Les séances de CRM ont permis d'instaurer un dialogue entre les différents groupes professionnels impliqués dans la prise en charge du patient.

Elles ont été l'occasion d'aborder la notion d'équipe, de spécifier, dans un dialogue constructif, les attentes des groupes professionnels les uns vis-à-vis des autres et les difficultés rencontrées.

Le CRM a permis de créer du lien et de motiver les équipes dans la démarche d'amélioration des pratiques. Il a eu un impact positif au démarrage du projet Pacte.

Synthèse de nos résultats :

Les axes d'amélioration identifiés de façon consensuelle sont

- ▶ La gestion du téléphone ;
- ▶ La prise de notes ;
- ▶ La sécurisation de la prise en charge par/avec les libéraux (encadrement, formation, outils) ;
- ▶ Le rôle de l'IDEC dans l'admission du patient non vu au préalable ;
- ▶ La structuration de l'organisation générale et de la communication ;
- ▶ Le partage d'informations : outils, alerte ;
- ▶ La planification du travail : règles, équilibre ;
- ▶ La gestion des conflits : écoute, disponibilité, partage ;
- ▶ La disponibilité médicale et de l'encadrement ;
- ▶ La communication institutionnelle ;
- ▶ Les moyens de porter l'alerte ;
- ▶ Sur la communication.

➤ **Le leadership**

Le questionnaire leadership a été proposé en novembre 2014.

Notre avis :

L'équipe a testé l'outil mais a rencontré des difficultés quant à l'appropriation du concept (leader-manager-responsabilité). Nous ne présentons pas de résultat.

➤ **Analyse de la problématique**

L'analyse de la problématique a été réalisée lors d'une réunion, le 23 octobre 2014. 22 membres de l'équipe étaient présents.

Notre avis :

La séance d'analyse de la problématique a permis de réaliser un état des lieux participatif et pluri professionnel. Elle a permis d'approfondir les pistes d'améliorations déjà abordées dans le cadre des séances de CRM. Cette séance de travail a permis de remobiliser les équipes de terrain dans le cadre du projet Pacte.

Synthèse de nos résultats :

L'analyse permet de clarifier des points positifs :

- ▶ Transmissions de Nuit => Jour par CR diffusé par mail ;
- ▶ Messagerie électronique (mail) ;
- ▶ Réunion hebdomadaire pluri professionnelle.

Des axes de progrès ont été mis en évidence pour améliorer les pratiques collaboratives

- ▶ Logiciel métier ou Dossier patient informatisé ;
- ▶ Dossier domicile.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Améliorer la continuité des soins jour-nuit et la transmission d'informations

Cet objectif se décline en trois objectifs opérationnels :

- ▶ Harmoniser la tenue du dossier patient informatisé et du dossier domicile (transmissions ciblées particulièrement) ;
- ▶ Structurer la transmission d'information par l'utilisation de l'outil Saed ;
- ▶ Mieux donner l'alerte.

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Améliorer la communication et le partage d'informations Structurer la transmission d'information	Former les professionnels à l'outil Saed Améliorer la présentation des patients durant les réunions pluridisciplinaires
Harmoniser la tenue du dossier patient (informatique et domicile)	Mettre en place un groupe dossier patient (mai 2014) Évaluer la tenue du dossier patient (février 2015)
Mieux donner l'alerte	En cours de définition

b. Retour d'expérience sur l'étape de Mise en œuvre & de suivi

➤ Saed

L'outil a été utilisé dans le but d'améliorer la transmission des informations transmises par téléphone et ou par mail.

Nous avons d'abord organisé une réunion pour présenter le plan d'actions. Ensuite nous avons évalué la qualité des appels durant 1 mois. Enfin les professionnels ont suivi 2 sessions de formation à l'outil Saed. Suite à la formation, un bloc note Saed a été remis à chaque professionnel.

Notre avis :

Les premiers retours sont positifs. Les professionnels apprécient la simplicité de l'outil. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de suffisamment de recul pour mesurer une évolution dans les pratiques. Cependant les professionnels ayant suivi les 2 sessions de formation souhaitent que tous les acteurs de l'HAD suivent cette formation. Une réflexion est en cours à ce sujet.

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
<i>Améliorer la communication et le partage d'informations</i>			
Évaluation de la qualité des appels : Février 2015	Réalisé	13 questionnaires d'évaluation de l'appelé renseignés	Nombres de questionnaires renseignés,
Formation Saed : Mai-juin 2015	Réalisé	31 questionnaires d'évaluation de l'appelant renseignés	Taux de professionnels formés, taux de satisfaction

Réévaluation de la qualité des appels : septembre 2015	Programmé	Plus de 70% de l'équipe Pacte formée	
Élaborer une grille d'évaluation de la présentation des patients durant les staffs	Réalisé (Mars 2015)		Documents élaborés
Évaluer la présentation des patients (juin 2015)	Non réalisé		Résultat de l'évaluation
Élaborer une fiche technique : Rédaction des staffs (juin 2015)	Réalisé		
Harmoniser la tenue du dossier patient (informatique et domicile)			
Mettre en place un groupe dossier patient (mai 2014)	Réalisé	7 réunions réalisées ; 12 documents mis à jours, Refonte en cours du logiciel métier ; 90% des objectifs atteints ; 34 dossiers évalués	Nombre de réunion réalisée
Évaluer la tenue du dossier patient IPAQSS hors protocole (février 2015)	Réalisé		Résultat de l'évaluation
Améliorer le signalement des alertes			
À définir	À définir	À définir	À définir

5. L'équipe du service de médecine physique et réadaptation de l'Hôpital Victor Dupouy à Argenteuil

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'hôpital Victor DUPOUY est un établissement de santé public

- Une capacité totale de 818 lits et places dont :
 - ▶ 436 lits de médecine, chirurgie, obstétrique
 - ▶ 70 lits SSR gériatrique et 100 lits SLD
 - ▶ 48 lits de psychiatrie
 - ▶ 163 places d'hospitalisation non complète
- Offre des soins :
 - ▶ Maternité de niveau 3
 - ▶ Urgences, réanimation et plateau technique
 - ▶ Ambulatoire
 - ▶ Consultations spécialisées
 - ▶ Centre de vaccination et centre de dépistage

L'équipe de médecine physique et réadaptation (MPR), du pôle spécialités médicales engagée dans le programme est composée de :

- 2 praticiens hospitaliers
- 4 cadres de santé affectés de jour et de nuit sur l'ensemble du pôle
- Des auxiliaires médicaux affectés en MPR dont:
 - ▶ 10 infirmiers affectés de jour et de nuit dans le service
 - ▶ 14 aides-soignants
 - ▶ 4 masseurs kinésithérapeutes affectés dans le service
 - ▶ 1 ergothérapeute
 - ▶ 1 orthophoniste
 - ▶ 1 assistante sociale
 - ▶ 1 secrétaire
 - ▶ 3 brancardiers
- Des personnes ressources:
 - ▶ Le médecin chef de service des urgences
 - ▶ Le coordonnateur des risques associés au soins et le gestionnaire des risques (facilitateurs)

L'engagement de l'établissement

Le projet Pacte a été initié par le chef de service des urgences, autour de la prise en charge des patients avec un accident vasculaire cérébral (AVC). Le service de neurologie et le service de Médecine physique et réadaptation (MPR) ont donc été rapidement associés.

Devant la nécessité de réduire le périmètre de la problématique, il a été décidé de centrer le projet Pacte sur le service de MPR, et de restreindre le sujet « Rééducation fonctionnelle des patients avec AVC : prise en charge des troubles de la déglutition ».

Après 3 réunions d'équipe permettant l'information des professionnels (80% des membres de l'équipe) et le lancement du projet, le service de MPR a demandé le soutien de la direction, qui s'est traduit par un engagement signé du directeur, du président de CME, du directeur des soins, du directeur des ressources humaines, du chef de pôle, du cadre supérieur de santé du pôle.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Le projet initial : « Rééducation fonctionnelle des patients après un AVC : prise en charge des troubles de la déglutition », faisait suite à un événement indésirable survenu dans le service quelques mois auparavant et responsable de détresse respiratoire.

Dans un contexte de changement de chef de service, l'événement avait été difficile à gérer, l'équipe n'avait pas approfondi les causes et n'avait pas pu mener de démarche de sécurisation des soins aux patients présentant des troubles de la déglutition. Bien que l'événement indésirable ne se soit produit qu'une fois, les professionnels ont exprimé le besoin de travailler sur ce sujet.

➤ L'objectif initial de l'équipe

L'objectif était de sécuriser l'accueil des patients neurologiques, présentant des troubles de la déglutition, grâce à une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

L'équipe de MPR a pour mission l'accueil et la prise en charge de personnes présentant des conditions médicales responsables de handicaps ou des comorbidités. L'objectif est le maintien et, lorsque cela est possible, l'amélioration, de l'état de santé physique et cognitif de la personne.

Pour ce faire, les professionnels du service prennent en compte la personne dans sa globalité et son individualité, plutôt que de la considérer de manière morcelée, centrée sur un organe ou des symptômes. Ainsi, l'environnement du patient, son histoire, ses habitudes de vie, son entourage sont également pris en compte, dans le but de favoriser une réinsertion et d'améliorer, non seulement son état de santé, mais également sa qualité de vie.

Ainsi, les professionnels élaborent avec le patient et son entourage un projet global, compatible avec ses besoins et ses désirs, dispensant des soins en vue de la meilleure récupération et d'effectuer les adaptations nécessaires à la meilleure réinsertion.

Tous les professionnels qui interviennent en MPR s'inscrivent dans la même perspective, celle de prendre soin des personnes, de leur venir en aide, de contribuer à leur bien être en utilisant les compétences et les caractéristiques propres à l'exercice de leur métier. Ils suivent les principes éthiques et déontologiques, dans le respect de la dignité, de l'intimité du patient et de sa famille, le respect de la vie, de la personne humaine, de la discrétion professionnelle. Par ailleurs, l'équipe partage ces valeurs en s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée à l'issue de 3 réunions d'information organisées au mois d'avril 2014. Le remplissage des questionnaires marquait le lancement du projet. Les questionnaires devaient être rendus pour le 13 mai 2014 au service de gestion des risques qui était chargé de la saisie et du rendu des résultats. Taux de retour = 72%

L'exploitation des données a été réalisée par l'équipe Pacte en juin 2014, puis en octobre 2014. Les résultats avaient préalablement été diffusés par support papier.

Les résultats ont également été présentés en Comité de direction.

Notre avis :

L'enquête a contribué à identifier les forces et les faiblesses de l'équipe en termes de communication, collaboration, gestion des alertes.

Les résultats ont permis d'objectiver la façon dont la sécurité est perçue et mise en œuvre par l'équipe, dans la pratique quotidienne.

Les lacunes qui entravent le développement d'une culture collective de sécurité des patients ont été mises en évidence et verbalisées par les professionnels, facilitant la définition consensuelle et la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Synthèse de nos résultats :

L'enquête confirme des points positifs :

- ▶ Les professionnels sont conscients des éventuels problèmes de sécurité des soins, malgré l'existence de procédures ;
- ▶ Les supérieurs hiérarchiques expriment leur satisfaction lorsque le travail est réalisé avec le respect des règles de sécurité, tient compte des suggestions du personnels, ne néglige pas les problèmes ;
- ▶ Les professionnels se soutiennent mutuellement. Chacun considère les autres avec respect. Le partage d'expérience pourrait être plus fréquent ;
- ▶ Le personnel s'exprime librement et ne craint de poser des questions. Il ne remet pas ou peu en cause les décisions.

Des axes de progrès sont mis en évidence :

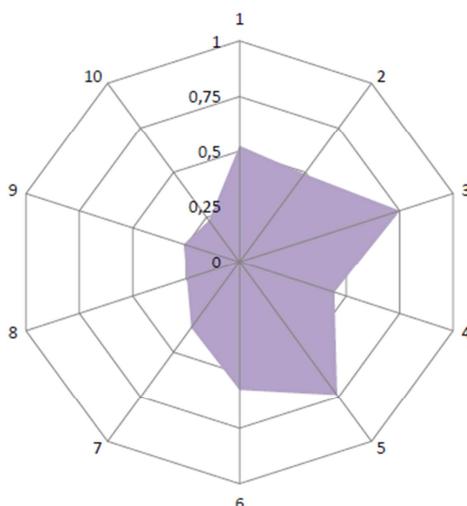
- ▶ 50% des professionnels de l'équipe n'ont jamais utilisé la fiche de signalement. Les professionnels signalent les EI au cadre du service mais ne rédigent pas de fiche de signalement, surtout s'ils pensent que le problème a été résolu ;
- ▶ Grâce au partage d'expérience : mieux communiquer sur les erreurs qui ont lieu dans le service, sur le retour suite à un signalement EI, sur la mise en œuvre d'actions d'amélioration partagées et le suivi de leur efficacité ;
- ▶ Communiquer sur la charte du signalement et le principe de non sanction.

Présentation des résultats par dimension figure 11-1 :

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	52%
2. Fréquence de signalement des évènements indésirables	49%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	75%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	44%
5. Travail d'équipe dans le service	74%
6. Liberté d'expression	57%
7. Réponse non punitive à l'erreur	37%
8. Ressources humaines	25%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	26%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	23%

score ≥ 75% = Dimension développée
score ≤ 50% = Dimension à améliorer

Figure 11-2 :



► Le CRM Santé

Trois séances de CRM santé ont été réalisées pour respectivement 8, 12 et 17 personnes, soit 84% des professionnels de l'équipe engagée.

La composition des séances a respecté le caractère pluri professionnel.

Notre avis :

Nous avons rencontré des difficultés pour l'organisation logistique, la gestion des inscriptions et l'installation de la salle ainsi que pour libérer les professionnels.

L'animation des séances nécessitant une formation spécifique, la première séance a été accompagnée par la HAS. Il est conseillé d'être au moins deux animateurs.

Le CRM Santé est l'étape clé de déclenchement de la dynamique.

Synthèse de nos résultats :

Le CRM santé a permis d'identifier les forces et les faiblesses de l'équipe en termes de communication, collaboration, gestion des alertes.

Il a également permis de dégager des axes d'amélioration, notamment sur le climat du groupe au bénéfice de la sécurité des patients, le décroisement des professionnels, l'ouverture du dialogue.

Les principaux enseignements portent sur :

- ▶ La communication en équipe et coopération
 - Centrées autour du patient :
 - Temps d'échange pluridisciplinaire partagé, autour du patient : médecins + soignants + médico-techniques + administratifs ;
 - Qualité de l'information lors des échanges : information attendue, compréhension ;
 - Supports de communication entre différentes disciplines ;
 - Centrées sur le fonctionnement du service :
 - Temps d'échange sur le fonctionnement de l'équipe.

- ▶ La communication avec le patient :
 - Encourager le dialogue, s'assurer de sa compréhension ;
 - Supports de communication, langage commun ;
 - Plus de réunions avec les familles pour les patients présentant une atteinte neurologique.
- ▶ Alerte :
 - Les résultats corroborent ceux de l'enquête « culture de sécurité ».
- ▶ Gestion du stress :
 - Travailler sur des situations à risque, entraînement et supports (par exemple, formation gestes d'urgence).

➤ Le leadership

Aucun membre de l'équipe n'a souhaité remplir le questionnaire d'autoévaluation sur les compétences de leadership qui est proposé. Seuls les 4 cadres l'ont complété.

Le questionnaire de diagnostic des pratiques a été réalisé de façon conjointe par les professionnels d'encadrement de l'équipe Pacte.

Notre avis :

Cet outil permet l'identification des compétences existantes ou à développer parmi les leaders de l'équipe. Il n'a pas été pleinement exploité dans la définition du plan d'actions.

Synthèse de nos résultats :

Chaque compétence est cochée dans le questionnaire au moins une fois « acquis » ou « maturité » ou « maîtrise ».

Point fort : l'ancienneté dans la pratique du leadership, soutien entre cadres

➤ Analyse de la problématique

En juillet 2014, le pré-remplissage de l'outil à partir des enquêtes et des séances CRM a été réalisé par les facilitateurs, puis relu par le binôme.

L'analyse de processus cible les étapes d'échange et de communication (patient/entourage-professionnels et entre professionnels) lors de la prise en charge des troubles de la déglutition. Elle a été complétée par les professionnels de rééducation physique.

Notre avis :

Les autres membres de l'équipe n'ont pas été associés par manque de temps, la période estivale n'est pas propice à l'exercice.

Cet outil n'a pas été pleinement exploité dans la définition du plan d'actions. L'analyse du fonctionnement s'est concentrée uniquement sur la prise en charge des troubles de la déglutition.

Son apport dans la démarche tient à :

- ▶ L'utilité d'un support visuel de communication, pour le patient et pour les professionnels ;
- ▶ L'utilité de travailler plus étroitement avec la diététicienne en concertation pluridisciplinaire, de façon plus structurée (traçabilité).

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Suite au diagnostic, la problématique a été reformulée :

« **Prise en charge des troubles de la déglutition chez les patients neurologiques, dans un service de MPR** ».

➤Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Améliorer la compréhension du patient et son adhésion à son projet personnalisé	Reformulation du patient lors de l'organisation de sa sortie – nov 2014 Reformulation du patient en situation ponctuelle (ex : griefs) – nov 2014
Décloisonner les professionnels	Expliciter le vocabulaire technique spécifique à la rééducation – 4 ^e tri 2014 Kinés : si cela est nécessaire pour un patient, assister aux transmissions de l'équipe ou organiser un briefing restreint (kiné-IDE-AS) – 4 ^e tri 2014 Brancardiers : lors de la prise de connaissance des informations du planning (annulations, retards...), demander des compléments à l'équipe puis transmettre les éléments aux kinés – 4 ^e tri 2014 Si nécessaire pour un patient, inviter la diététicienne à la réunion institutionnelle (RI) – 1 ^{er} tri 2015 Sur le support rempli en réunion interdisciplinaire, ajouter une case pour la diététicienne afin qu'elle puisse donner par écrit les informations diététiques concernant les patients – mai 2015 Briefing/débriefing sur le fonctionnement du service/organisation du travail pour la journée
Impliquer le patient	Construire un support d'information comportant les consignes à suivre pour les troubles de la déglutition - 2015 Délivrer au patient les informations concernant le service et le déroulement des soins : élaborer une charte de bonne conduite du patient hospitalisé – mai 2015
Développer la culture de sécurité	Développer le signalement et l'analyse approfondie des événements indésirables – 4 ^e tri 2014 Former le personnel MPR et rééducation au signalement des événements indésirables sur le logiciel ENNOV + charte du signalement – 1 ^{er} tri 2015

b) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape de mise en œuvre et de suivi

➤Le briefing

Réalisation d'un briefing pour l'accueil d'un patient connu comme difficile.

Réalisation de briefings restreints (Kiné, IDE, AS) pour des sujets précis concernant les patients.

Notre avis :

Meilleure coordination pour les prises en charge compliquées.

Synthèse de nos résultats :

Arrivée d'un patient dont le comportement est revendicateur : cela permet de définir des consignes au regard du comportement du patient. Tous les professionnels adoptent la même ligne de conduite. La prise en charge se déroule de façon plus sereine.

Nous constatons une amélioration de la prise en charge individuelle des patients.

➤Le débriefing

Réalisation de 3 débriefings :

- ▶ Situation d'agression entre deux patients ;
- ▶ À la suite d'une prise en charge compliquée ;
- ▶ Dans le cas d'un manquement dans le planning des rendez-vous patient.

Notre avis :

Décloisonnement des professions face à des situations difficiles.

Synthèse de nos résultats :

Les débriefings ont permis de mettre en place de nouveaux outils de prise en charge et de communication avec le patient.

➤ Faire dire

Outil utilisé pour organiser avec la famille le retour à domicile de certains patients.

- ▶ Déroulement :
 - Première réunion famille / équipe
 - Un rendez-vous avec l'assistante sociale qui fait reformuler, apprécie le degré de compréhension des informations délivrées lors de la réunion famille / équipe et retourne le résultat en réunion interdisciplinaire
 - Deuxième réunion famille-équipe, avec reformulation
- ▶ Lorsque qu'un patient formule des griefs et se montre agressif :
 - Organiser un entretien avec le médecin et le cadre (et autre personne si besoin)
 - Demander au patient de reformuler ses griefs

Notre avis :

Meilleure compréhension et meilleure adhésion du patient à son projet de soins.

➤ Gestion des risques

Signalement et analyse approfondie des événements indésirables (RMM, CREX) : dans le cadre d'une pratique nouvelle, de la prise en charge médicamenteuse, d'un soin utilisant un matériel particulier.

Synthèse de nos résultats :

- ▶ Sécurisation des soins ;
- ▶ Développement de la notion d'alerte ;
- ▶ Prise de conscience du caractère systémique des erreurs ;
- ▶ Décloisonnement, échanges.

➤ Implication du patient

- ▶ Support d'information comportant les consignes à suivre pour les troubles de la déglutition. Support destiné au patient et à l'entourage, mais aussi utilisé par les professionnels, lorsqu'ils délivrent l'information au patient ;
- ▶ Charte de bonne conduite du patient hospitalisé en soins de suite rééducation et réadaptation. A l'arrivée du patient, chaque corps de métier lui délivre les informations concernant sa prise en charge, en s'appuyant sur la charte.

Synthèse de nos résultats :

- ▶ Sécurisation de la prise en charge des troubles de la déglutition
- ▶ Meilleure adhésion à la prise en charge, mais aussi au règlement intérieur du service

➤ Suivi du plan d'actions

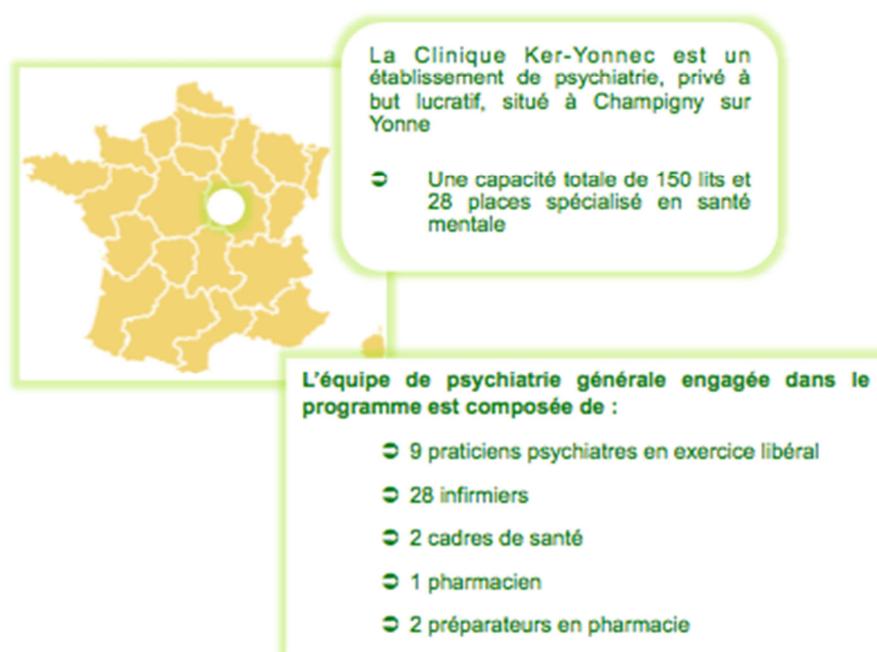
Suivi du plan d'actions			
Améliorer la compréhension du patient et son adhésion à son projet personnalisé			
Actions	Avancement	Méthode de suivi dont les indicateurs	Résultat intermédiaire éventuel
Reformulation du patient lors de l'organisation de sa sortie – nov 2014	Réalisé systématiquement pour tous les patients qui rentrent à domicile	Question posée aux professionnels : La reformulation du patient/de la famille vous semble-t-elle utile ? Avez-vous observé une meilleure adhésion au projet de sortie ? Questions à poser aux patients/entourage par le médecin : Etes-vous satisfait de l'information que vous avez reçue pour le retour à domicile ? Assistante sociale : nb de patients qui avaient compris le message de l'équipe	Oui, c'est utile : <ul style="list-style-type: none"> pour les professionnels car ils adaptent leur discours pour les patients oui car cela favorise leur adhésion au projet de sortie
Reformulation du patient en situation ponctuelle (ex : griefs) – nov 2014	Réalisé pour un patient	Question posée aux professionnels : La reformulation du patient/de la famille vous semble-t-elle utile ?	Oui, c'est utile : <ul style="list-style-type: none"> pour les professionnels car ils comprennent les griefs des patients pour les patients car cela favorise leur expression
Décloisonner les professionnels			
Expliciter le vocabulaire technique spécifique à la rééducation – 4 ^e tri 2014	Réalisé	Questions posées aux professionnels : L'explication des termes techniques facilitent-elles votre travail ?	Oui, cela limite les incompréhensions
Kinés : si cela est nécessaire pour un patient, assister aux transmissions de l'équipe ou organisation un briefing restreint (Kiné, IDE, AS) – 4 ^e tri 2014	Réalisé plusieurs fois par semaine	Questions posées aux professionnels : Les échanges plus fréquents facilitent-ils votre travail ?	Oui, cela permet : <ul style="list-style-type: none"> de mieux connaître les capacités du patient de mieux ajuster les plannings de rééducation Les professionnels ne remettent plus en cause l'utilité des réunions interdisciplinaires
Brancardiers : lors de la prise de connaissance des informations du planning (annulations, retards...), demander des compléments à l'équipe puis transmettre les éléments aux kinés – 4 ^e tri 2014	Réalisé	Questions posées aux professionnels : Les échanges plus fréquents facilitent-ils votre travail ?	Oui, cela permet : <ul style="list-style-type: none"> de mieux connaître les capacités du patient de mieux ajuster les plannings de rééducation Les professionnels ne remettent plus en cause l'utilité des réunions interdisciplinaires
Si nécessaire pour un patient, inviter la diététicienne à la RI – 1 ^{er} tri 2015	Non réalisé mais l'organisation	Questions à poser aux professionnels en RI, par le médecin et/ou le cadre : Les échanges plus fréquents facilitent-ils votre travail ?	A recueillir (mise en place récente)

	<i>est en place au besoin</i>		
<i>Sur le support rempli en RI, ajouter une case pour la diététicienne afin qu'elle puisse donner par écrit les informations diététiques concernant les patients – mai 2015</i>	<i>Réalisé, appliquée 1 fois au 10 juin 2015 (peu de patients concernés depuis la mise en place)</i>	<i>Questions à poser aux professionnels en RI, par le médecin et/ou le cadre : Les échanges plus fréquents facilitent-ils votre travail ?</i>	<i>À recueillir (mise en place récente)</i>
<i>Briefing/débriefing sur le fonctionnement du service/organisation du travail pour la journée : Permettre à un professionnel de provoquer un briefing ou un débriefing sur un sujet</i>	<i>Réalisation de 3 débriefings : situation d'agression entre deux patients, PEC compliquée, Manquement dans le planning des rendez-vous patient Réalisation d'1 briefing : accueil</i>	<i>Question posée aux professionnels : Le briefing est-il utile ? Vous aide-t-il à vous organiser ?</i>	<i>Oui Nombre de briefings : 1 Nombre de débriefings : 3</i>
Impliquer le patient			
<i>Construire un support d'information comportant les consignes à suivre pour les troubles de la déglutition - 2015</i>	<i>Support en cours de réalisation. Réflexion en cours pour un support évolutif en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient</i>	<i>Questions à poser aux patients/entourage, par le médecin et le cadre : Cette affiche vous est-elle utile ? Questions à poser aux professionnels en RI, par le médecin et/ou le cadre : Utilisez-vous cette affiche pour vous aider à informer / éduquer le patient ? Avez-vous observé une meilleure observance ou une meilleure adhésion à la prise en charge ? Observez-vous une différence par rapport aux autres patients ?</i>	<i>A recueillir après mise en place Autre projet : support d'information du patient concernant les actes qu'il peut réaliser lui-même, en fonction de son degré d'autonomie.</i>
<i>Délivrer au patient les informations concernant le service et le déroulement des soins : élaborer une charte de bonne conduite du patient hospitalisé – mai 2015</i>	<i>Réalisé</i>	<i>Questions à poser aux patients/entourage par le médecin : Etes-vous satisfait de l'information que vous avez reçue pour l'organisation des soins ? Questions à poser aux professionnels en RI, par le médecin et/ou le cadre : La délivrance des informations de la charte de bonne conduite vous semble-t-elle utile ? Y-a-t-il eu des retours venant des</i>	<i>À recueillir (mise en place récente)</i>

		<i>patients ? Avez-vous observé une meilleure observance ou une meilleure adhésion à la prise en charge ?</i>	
Développer la culture de sécurité			
<i>Développer le signalement et l'analyse approfondie des événements indésirables – 4^e tri 2014</i>	<i>Nb d'analyses approfondies</i>		<i>1 en 2014 1 au 1^{er} tri 2015 1 au 2^e tri 2015</i>
<i>Former le personnel MPR et rééducation au signalement des événements indésirables sur ENNOV + charte du signalement – 1^{er} tri 2015</i>	<i>Réalisé les 04 et 13/03/2015</i>	<i>Nb de personnes formées Nb de signalements ENNOV par le service MPR-rééducation</i>	<i>18 personnes formées 2013 : 7 signalements 2014 : 18 (dont 9 associés aux soins) 2015 (au 10/06) : 12 (dont 5 associés aux soins) Avant-projet Pacte (du 01/01/2013 au 30/04/2014) = 12 signalements Après début du projet Pacte : 25 signalements, dont 13 associés aux soins (+ 2 RMM, + 1 CREX) Depuis mai 2014 : diversification des fonctions signalant et prise d'autonomie dans la réalisation des signalements</i>

6. L'équipe de psychiatrie de la Clinique Ker-Yonnec

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'engagement de l'établissement

L'engagement a été à l'initiative de la Direction pour sensibiliser au quotidien les équipes soignantes à la gestion des risques. À travers ce projet, la volonté était de créer une dynamique d'équipe pluri professionnelle nécessaire pour améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient. Le personnel paramédical au sein de l'établissement étant en majorité du personnel diplômé récemment, le souhait était de les fédérer autour d'un projet commun en les sensibilisant à la sécurisation de la prise en charge du patient.

Une analyse collective des événements indésirables de l'établissement a montré qu'un travail pluri professionnel est à engager sur le processus du circuit du médicament.

Le Comité de Pilotage Risques et Qualité a validé le choix de s'engager dans le projet Pacte sur ce processus. Par ailleurs, dans notre spécialité : la psychiatrie ; l'intégration du patient dans le circuit du médicament est primordiale.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Comme suite au nombre d'événements indésirables sur le circuit du médicament, le projet a pour but d'améliorer la communication au sein de l'équipe pour réduire les risques liés au circuit du médicament.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

- Réduire le nombre d'évènements indésirables relatifs au circuit du médicament.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Développer la collaboration au sein de l'équipe en incluant le patient et son entourage.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en mai 2014

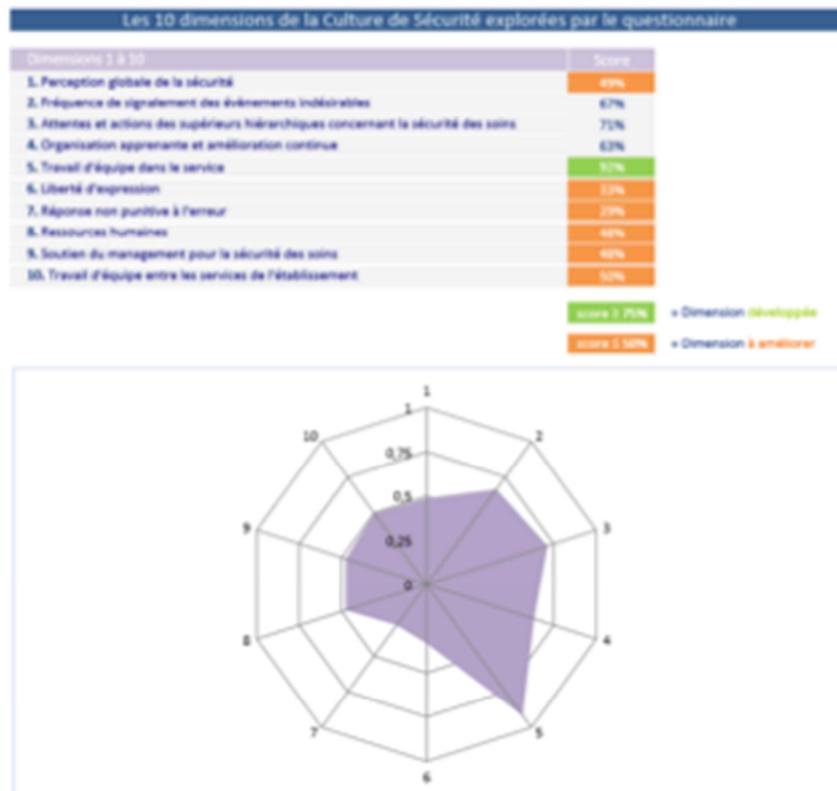
Notre avis :

L'enquête a permis la mise en perspective de la culture sécurité et des dimensions à améliorer.

Synthèse de nos résultats :

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat

Figure 12.1 :



L'enquête confirme des points positifs :

- Travail d'équipe dans le service ;
- Fréquence de signalement des évènements indésirables ;

- Organisation apprenante et amélioration continue.

Des axes de progrès sont mis en évidence :

- Améliorer la perception globale de la sécurité et soutien du management pour la sécurité des soins ;
- Renforcer la liberté d'expression, réponse non punitive à l'erreur.

➤ Le CRM Santé

Deux séances de CRM ont été réalisées au mois de mai 2014. L'ensemble des professionnels de l'équipe hormis 5 médecins libéraux sur 9 ont pu y participer.

Les deux séances ont été pluri professionnelles et ont rassemblé des médecins, le pharmacien, les infirmiers et les préparatrices en pharmacie.

Notre avis :

Les CRM ont permis la mise en perspective du fonctionnement de l'équipe et de ses problématiques.

Synthèse de nos résultats :

Les axes d'amélioration retenus de façon consensuelle :

- Sur l'organisation générale :
 - Lutter contre les interruptions de tâches
 - Mettre en place des débriefings de façon systématique après les petites crises
- Sur la communication :
 - Lutter contre les pertes d'informations

➤ Le leadership

L'outil a été proposé à l'équipe en septembre 2014. Les infirmiers ont été en grande difficulté pour répondre et nous n'avons pas de résultat exploitable

Notre avis :

L'intérêt de cet outil n'a pas été perçu probablement du fait du manque d'appropriation.

➤ Analyse de la problématique

Il n'y a pas eu d'appropriation de cet outil du fait de la problématique déjà très affinée au lancement du projet et à l'issue des deux premières évaluations.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

La sécurisation du circuit du médicament et en particulier l'administration.

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

<i>Vos objectifs</i>	<i>Les actions et le calendrier de réalisation</i>
Améliorer la communication	Mise en place des outils briefings, débriefings : mai 2014.
Améliorer la communication	Formation à l'utilisation de l'outil Saed : septembre 2015.
Améliorer le signalement des évènements indésirables.	Rédaction d'une charte d'incitation à la déclaration des évènements indésirables : février 2014.

Améliorer les transmissions d'information.	Ouverture d'une seconde infirmerie pour scinder celle existante en deux : août 2015.
Inclure le patient dans la prise en charge.	Évaluation de la connaissance du traitement dans les entretiens à J10 avec les patients : juin 2014.

b) Retour d'expérience sur l'étape de Mise en œuvre & de suivi

➤ Le briefing

Un briefing est réalisé tous les matins à la prise de poste des soignants.

Notre avis :

Cet outil a permis de créer un temps de communication efficace pour l'équipe soignante.

Synthèse de nos résultats :

Nous constatons une amélioration de la communication et de la transmission de l'information

➤ Le débriefing

Le débriefing est réalisé tous les milieux de journée par les soignants:

Notre avis :

Cet outil a permis de créer un temps de communication après la gestion de petites crises.

Synthèse de nos résultats :

Contribue à l'amélioration de la communication et de la transmission de l'information

➤ Saed

Le personnel est en cours de formation.

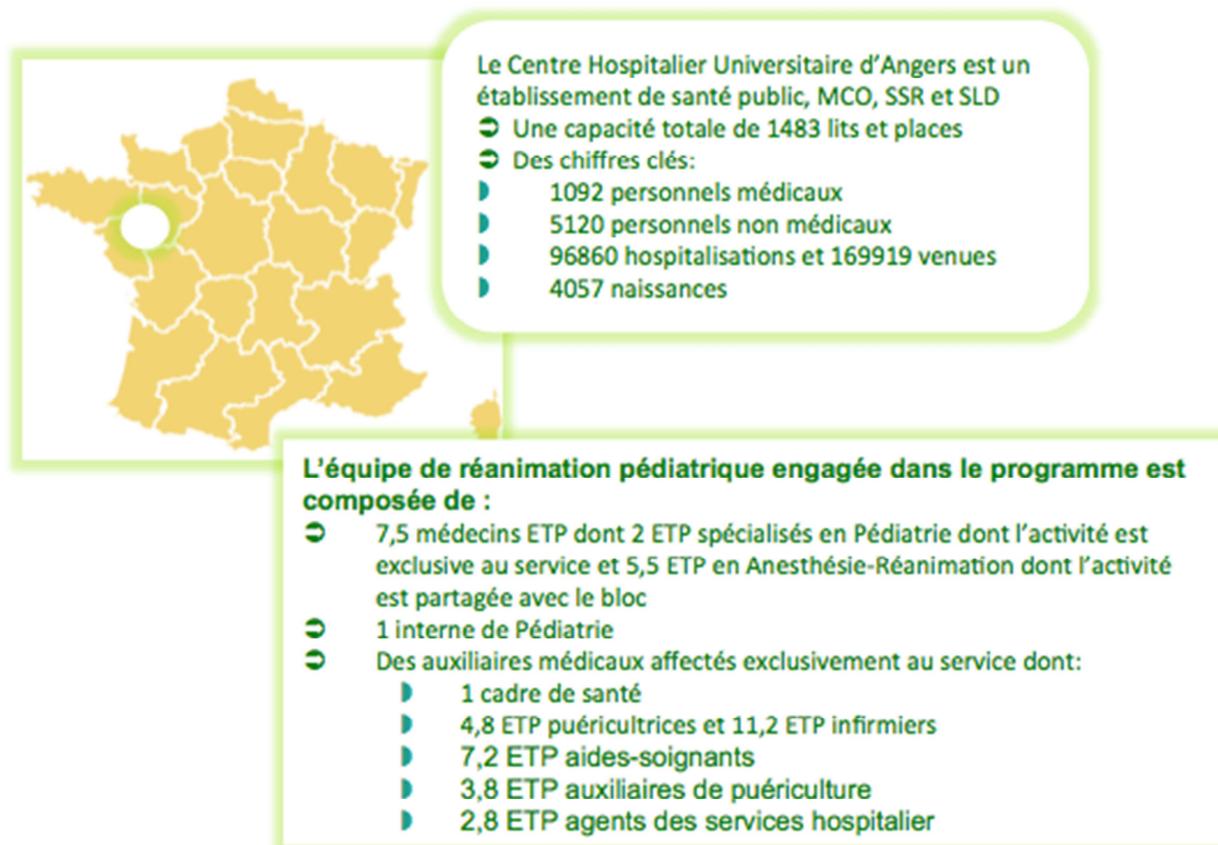
➤ Suivi du plan d'action

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
Améliorer la communication			
Mise en place des outils briefings, débriefings : mai 2014	Réalisé.	Réalisation quotidienne.	Tableau de recueil de la réalisation.
Formation à l'utilisation de l'outil Saed : septembre 2015.	En cours		
Améliorer le signalement des évènements indésirables			

Rédaction d'une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables : février 2014.	Réalisé	Légère augmentation globale.	Nombre d'évènements indésirables déclarés et nombre de déclarants distincts.
Améliorer la transmission de l'information			
Ouverture d'une seconde infirmerie pour scinder celle existante en deux : août 2015.	Réalisé	Meilleure transmission d'informations et minoration des interruptions de tâches	Nombre d'évènements indésirables déclarés.
Inclure le patient dans la prise en charge			
Évaluation de la connaissance du traitement dans les entretiens à J10 avec les patients : juin 2014.	En cours		

7. L'équipe de réanimation polyvalente de l'enfant du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'engagement de l'établissement

L'engagement de l'établissement a été suscité par le médecin coordonnateur de la gestion des risques, délégué qualité et rattaché à la direction générale et travaillant en lien avec le président de la CME.

La démarche a reçu un soutien institutionnel fort (présentation à toutes les instances et engagement de ressources).

L'équipe a été cooptée en connaissance de cause du fait de son engagement dans la démarche QRE, son intérêt pour la démarche et son rattachement au pôle qui intègre le centre de simulation en santé.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Le projet après concertation avec le binôme et l'équipe consistait à améliorer et à sécuriser l'arrivée non programmée d'un enfant, de jour ou de nuit. Cette prise en charge réalisée souvent dans un contexte d'urgence parfois vitale est particulièrement exposée au risque technique mais aussi aux risques liés à la coordination et à la synergie d'une équipe pour une prise en charge rapidement performante nécessitant dans un temps bref un échange d'informations ciblées. Par ailleurs cette prise en charge nécessite, tout en privilégiant des actes très techniques, de ne pas abandonner la relation avec des parents souvent très angoissés. L'intérêt de cette prise en charge repose aussi sur le fait qu'elle engage toute l'équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

- ▶ Améliorer la communication avec les parents en situation de crise ;
- ▶ Diminuer les événements iatrogènes dus à une communication non performante ;
- ▶ Améliorer le dispositif d'alerte en cas de problèmes.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Les valeurs des professionnels sont centrées sur le patient, l'encadrement du service est attentif aux problèmes de sécurité des soins, les professionnels sont toujours prêts à mettre en place des actions suite à l'identification d'un événement grave. Ils sont tous attentifs à confronter leurs expériences pour améliorer leur pratique en termes de sécurité des soins.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en partenariat avec la gestion des risques et le binôme du projet et administrée à 100% des personnels. Elle a été réalisée en amont du CRM mars Avril 2014.

Notre avis :

Il s'agit d'un outil très complexe et difficile à comprendre par certains professionnels de santé. La communication des résultats a été compliquée du fait souvent de doubles négations et des questions volontairement redondantes. Un outil plus concret et simplifié serait d'un meilleur apport en particulier s'il abordait les pratiques de fiabilité.

Synthèse de nos résultats :

L'enquête confirme des points positifs :

- ▶ L'encadrement du service attentif aux problèmes de sécurité des soins (dimension 3) ;
- ▶ 81% des professionnels déclarent discuter des moyens à mettre en place suite à l'identification d'un événement (dimension 4) ;
- ▶ 76% des professionnels déclarent améliorer leur pratique en termes de sécurité des soins au contact des collègues du service (dimension 5) ;

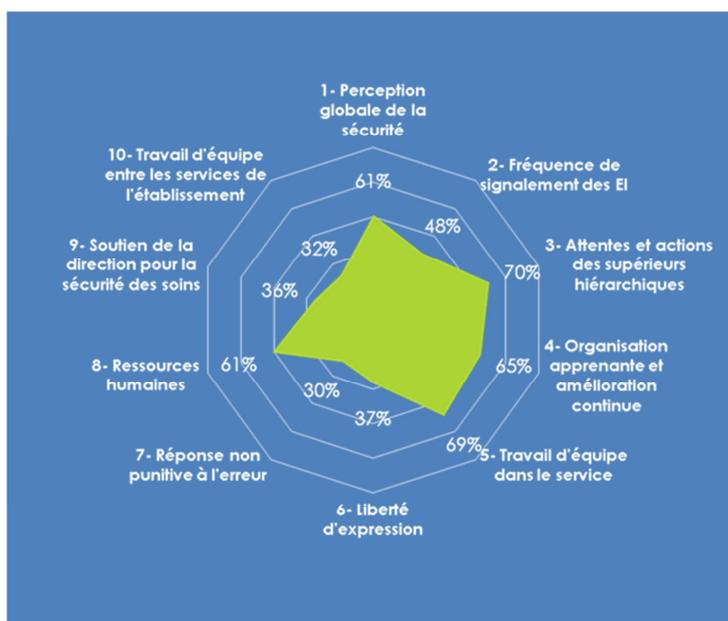
Des axes de progrès sont mis en évidence :

- ▶ 58% des professionnels signalent les erreurs qui peuvent nuire au patient mais qui finalement n'ont pas eu d'effet (dimension 2)
 - 64% des professionnels s'expriment devant des situations qui peuvent avoir des **conséquences négatives** sur les patients (dimension 6) ;
 - 40% des professionnels ont le sentiment d'être **montré du doigt** en cas d'erreur (dimension 7) ;
 - 39% des professionnels s'inquiète que les erreurs soient inscrites dans leur **dossier administratif** (dimension 7) ;
 - 31% des professionnels ont le sentiment que la **direction** semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit (dimension 9) ;

- 52% des professionnels estiment que des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont **transférés d'une unité à l'autre** (*dimension 10*).

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat :

Figure 12-1 :



➤ Le CRM Santé

Le CRM Santé a été réalisé en 2 séances pour permettre d'y associer tous les membres de l'équipe, le 23 mai 2014, matin et après-midi.

Notre avis :

Le CRM santé est extrêmement déterminant dans le démarrage de la démarche. Incontournable pour les prises de conscience de la nature du fonctionnement de l'équipe.

Synthèse de nos résultats :

Les participants se sont pleinement impliqués sur chacune des séances.

Plusieurs axes de progrès ont été retenus de façon consensuelle :

- ▶ Sur l'organisation générale :
 - Réduire le bruit ;
 - Réduire les Interruptions de tâche et notamment celles liées au cadre de santé que l'équipe souhaite plus présent et disponible ;
 - Intégration des ASH ;
 - Rôle du cadre dans la cohésion du groupe entre médecin et paramédicaux.
- ▶ Sur la communication :
 - Communication médicale pour que tout le monde soit informé (dans les 2 sens) ;
 - Information ascendante et descendante, le partage (médecins/paramédicaux) y compris après les évènements indésirables ;
 - Débriefing ensemble après conflit ;
 - Reconnaissance mutuelle, Alerte par tous – s'étonner des choses non habituelles – S'étonner du bizarre.

➤ Le leadership

Le questionnaire leadership a été administré aux PH et au cadre du service après le CRM santé

Notre avis :

Difficile à utiliser car la question était : « doit-on envoyer le questionnaire aux seuls responsables identifiés, ou le distribuer à tous pour savoir quel est le comportement en cas de prise du leadership ? »

Synthèse de nos résultats :

L'enquête confirme **des points positifs** notamment sur les valeurs centrées sur le patient :

- ▶ Des leaders qui disent afficher clairement les missions et les objectifs ;
- ▶ Une réunion de service annuelle pluri-professionnelle sur le bilan annuel de l'équipe (formation, résultats par rapport aux objectifs) ;
- ▶ Des initiatives paramédicales sont bien accueillies par l'encadrement paramédical ;
- ▶ Des initiatives médicales bien accueillies par l'encadrement médical.

Des axes de progrès sont mis en évidence notamment pour le développement de la Communication Sécurisée dans le service :

- ▶ Développer la liberté d'expression (*Feed Back*) dans le service ;
- ▶ Amenuiser le décalage de perception entre les médecins et les paramédicaux.

➤ Analyse de la problématique

L'analyse de la problématique a été réalisée par un groupe de travail constitué du binôme médecin et cadre ainsi que deux représentants des IDE, AS, ASH. Deux réunions ont été nécessaires pour l'identification de points critiques sur l'ensemble du processus. Deux autres réunions ont permis de réaliser la synthèse pour la formalisation du diagnostic final sur l'outil Excel proposé par la HAS sur la plateforme dédiée au projet, et pour finaliser le plan d'action.

Notre avis :

L'analyse du processus est absolument indispensable pour cerner le périmètre de Pacte et ainsi mieux cibler et concrétiser actions et indicateurs.

Synthèse de nos résultats :

L'analyse permet de clarifier **des points positifs** :

- ▶ L'entretien d'annonce à l'admission dans un lieu dédié aménagé avec des modalités déterminées (médical/paramédical) ;
- ▶ La distribution aux parents d'un livret d'accueil ;
- ▶ L'existence d'une macrocible d'entretien familiale ;
- ▶ Le programme d'annonce d'une mauvaise nouvelle en simulation (Programme FAMILLE) ;
- ▶ Des parents considérés comme un membre de l'équipe dans la prise en charge de leur enfant ;
- ▶ L'évaluation de la capacité émotionnelle des parents pour participer aux soins et le compagnonnage du parent lors des premiers soins (évaluation de la compétence) ;
- ▶ Une enquête de satisfaction exploitée avec actions d'amélioration mises en place ;
- ▶ Les familles peuvent alerter les soignants sur des dysfonctionnements ou des doutes (écoute active) ;
- ▶ Prise en compte du vécu du patient (prise en compte des facteurs psycho-socio-familial) ;
- ▶ Formation à la communication dans les écoles d'infirmiers/puériculture. ;
- ▶ Utilisation de techniques d'hypnose conversationnelle (formation CHU) ;
- ▶ Identification des moments de communication critique ;
- ▶ Identification et analyse d'incidents liés à des problèmes de communication ;
- ▶ Sur le processus, chacun connaît son rôle et celui de l'autre ;

- ▶ Respect de la réglementation du travail : - Respect du repos de sécurité, Une salle de pause est dédiée ;
- ▶ Réunion du mardi matin où les pathologies des enfants sont présentées par les médecins ;
- ▶ Cours/formation/ Quelques formations par la simulation ;
- ▶ Habitude au travail en équipe (mode de fonctionnement adaptatif).

Des axes de progrès ont été mis en évidence pour améliorer les pratiques collaboratives :

- ▶ Systématiser la présence paramédicale à l'accueil et utiliser systématiquement la macro cible d'entretien familial ;
- ▶ Développer le programme "FAMILLE" pour l'ensemble de l'équipe ;
- ▶ Harmoniser l'information donnée aux parents et s'assurer de leur compréhension et répondre à leur question par la mise en place de l'outil Faire dire ;
- ▶ Nécessité d'informer la famille sur les temps d'attente à l'entrée et veiller à leur installation dans le salon des familles, améliorer la convivialité ;
- ▶ Mettre en place un questionnaire à destination des parents pour évaluer l'entrée de façon spécifique ;
- ▶ Systématiser le briefing en le formalisant par la mise en place de l'outil SAED, notamment pour les transmissions ;
- ▶ Sensibiliser tous les professionnels à l'identification, la déclaration et le traitement des causes racine des événements indésirables ;
- ▶ Systématiser le débriefing en équipe ;
- ▶ S'autoriser à exprimer une fatigue et apprendre à l'équipe à accepter d'entendre la fatigue des collègues ;
- ▶ Partager des temps de pauses communes entre médicaux et paramédicaux ;
- ▶ Réfléchir ensemble aux dysfonctionnements portant sur l'étape de la prise en charge globale de l'enfant : Prescriptions orales nombreuses, Régularisation secondaire, multiplication des tâches, nombreuses IT, multiplicité des intervenants, Préparation des médicaments à partir de l'étiquette, Difficultés à hiérarchiser les demandes et à prioriser les tâches.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Amélioration et sécurisation de la prise en charge non programmée des enfants admis en Réanimation.

L'analyse de la problématique de départ a d'emblée été bien ciblée en particulier grâce à l'analyse de processus. Elle n'a donc pas été l'objet d'une reformulation ni d'une réorientation.

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

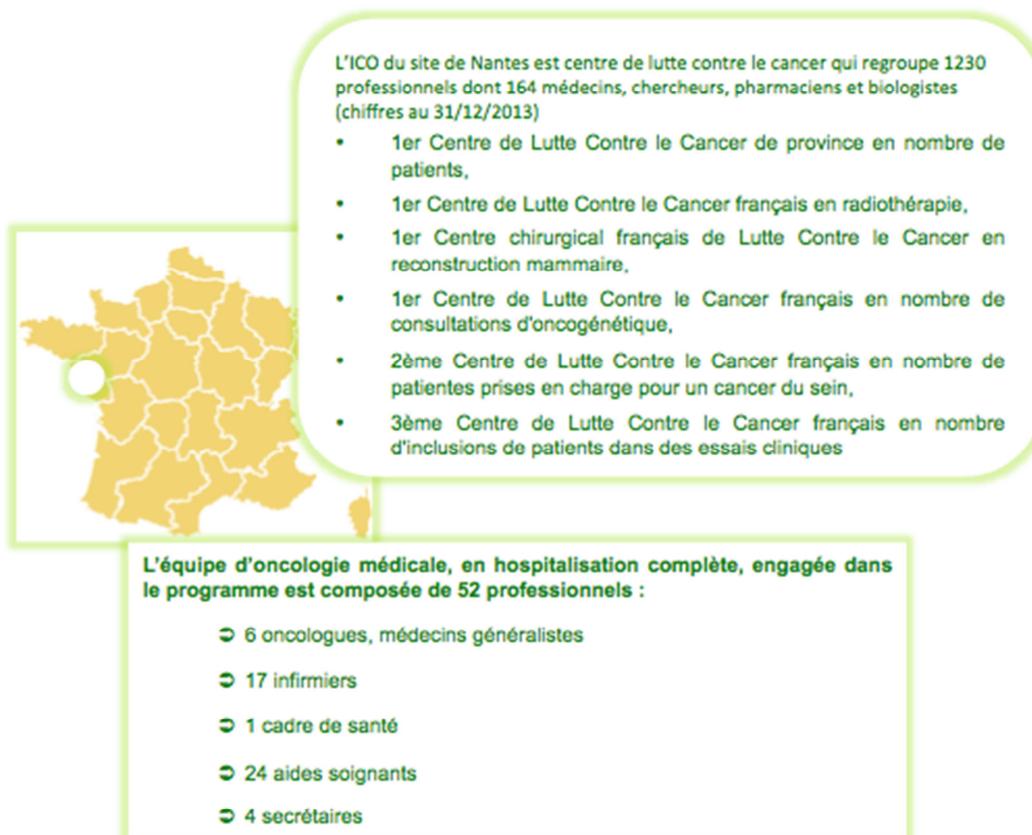
Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Sensibiliser à la déclaration et au traitement des EIG	Formation Méthode des scénarios fin 2014
Maîtrise des outils d'évaluation	Formation aux outils de tout le personnel octobre 2014
Évaluation avant mise en place des actions	<p>Prévu au départ sur l'évaluation d'une trentaine d'entrées en réalité 75</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur l'étape de la prise en charge de l'enfant : Questionnaire à destination des AS et des IDE permettant d'évaluer les connaissances de ces soignants sur les patients qu'ils ont en charge. - Sur l'étape de l'entretien médical : observation par une tierce personne avec la grille d'observation proposée par la HAS et mise en place d'un questionnaire à destination des parents. - Évaluation de la satisfaction des parents après l'entretien médical
Améliorer la mise en condition de l'enfant	Mise en place d'une feuille de Briefing premier semestre 2015
Améliorer et sécuriser les transmissions entre les paramédicaux et entre médecins	Formation au Saed sous forme de jeux de rôles, fin premier semestre 2015
Améliorer l'entretien médical avec les parents	Formation au Faire Dire : situation filmées et débriefing fin premier semestre 2015
Homogénéiser le partage d'information après la stabilisation de l'enfant	Débriefing fin premier semestre 2015
Communiquer sur l'avancement du plan d'action	Mise en place d'une d'information régulière sous forme d'affiche (3)

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
<i>Sur l'étape de la prise en charge de l'enfant</i>			
<i>Questionnaire à destination des AS et des IDE permettant d'évaluer les connaissances de ces soignants sur les patients qu'ils ont en charge.</i>	<i>En cours</i>	<i>Ces indicateurs seront relevés de nouveau en fin d'année 2015</i>	<i>Constataion de changements transitoires de pratique lors de la mise en place des outils d'évaluation</i>
<i>Sur l'étape de l'entretien médical</i>			
<i>Observation par une tierce personne avec la grille d'observation proposée par la HAS et mise en place d'un questionnaire à destination des parents.</i>	<i>En cours</i>	<i>Ces indicateurs seront relevés de nouveau en fin d'année 2015</i>	<i>Demandes plus importantes d'informations par les paramédicaux</i>
<i>Sur la satisfaction des patients</i>			
<i>Évaluation de la satisfaction des parents après l'entretien médical</i>	<i>En cours</i>	<i>Ébauche d'évolution par rapport à la déclaration d'EIG</i>	

8. L'équipe d'oncologie médicale de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest à Nantes

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'engagement de l'établissement

Né de la fusion en janvier 2011 du Centre de Lutte Contre le Cancer « Paul Papin » d'Angers et du Centre de Lutte Contre le Cancer « René Gauducheau » de Saint-Herblain, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) a pour missions : les soins, la recherche, l'enseignement.

L'ICO tire sa force de son approche pluridisciplinaire permettant une prise en charge globale du patient. Résolument tourné vers l'avenir grâce à la mise en place de techniques innovantes, au développement de nombreux travaux de recherche et à la volonté permanente des équipes d'accéder au plus haut niveau de qualité, l'ICO est devenu un pôle d'excellence régional et national.

A l'ICO, la prise en charge s'effectue exclusivement sur la base des tarifs de la Sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires et les consultations privées ne sont pas pratiqués dans l'établissement.

L'engagement de la Direction dans Pacte est à l'initiative de la coordination de la gestion des risques associés aux soins et du président de CME. L'équipe a adhéré au projet après présentation.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Coordination interprofessionnelle en oncologie médicale.

➤ L'objectif initial de l'équipe

Améliorer la prise en charge des patients ORL non communicant.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Renforcer la communication de l'équipe avec les interfaces dans le but d'améliorer la participation du patient.

Introduire la notion de culture sécurité dans le travail en équipe.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

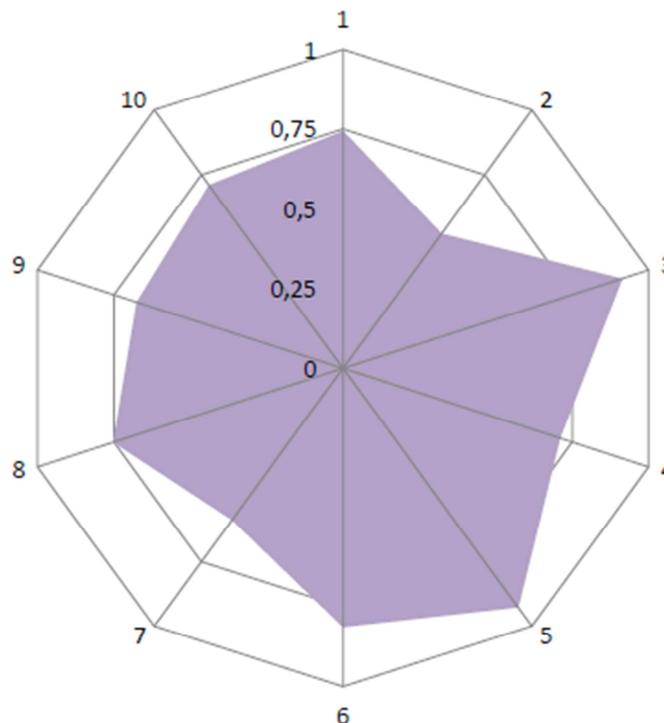
➤ La culture de la sécurité et le CRM Santé

3 séances de CRM ont été réalisées en mai 2014

L'ensemble des professionnels de l'équipe (100%) a participé aux séances de CRM Santé.

L'enquête sur la culture de la sécurité a été réalisée après le CRM, en juin 2015. Les résultats mettent en évidence certaines améliorations dans l'approche de l'équipe. Ils sont présentés globalement ci-après :

Figure 13.1 :



Notre avis :

Le levier de participation des professionnels a été le soutien de la direction en octroyant un crédit de temps à chaque professionnel impliqué dans Pacte.

Synthèse de nos résultats :

Quelques axes de travail :

- ▶ Freins à la déclaration institutionnelle ;
- ▶ Interruptions de tâches ;
- ▶ Communication avec les patients non communiquant (patients ORL) ;
- ▶ Implication du patient dans sa PEC (identito-vigilance, gestion des rdv multiples).

De nombreux apports :

- ▶ L'intégration de la culture sécurité dans le quotidien ;
- ▶ Amélioration du travail avec les ambulanciers ;
- ▶ La prise de conscience institutionnelle de mieux identifier le service ;
- ▶ Plus récemment, une amélioration de la qualité des déclarations ;
- ▶ Prise de conscience d'autres problématiques notamment autour des transmissions ;
- ▶ Prise de conscience du travail en équipe (direction, travail de recherche).

➤ Le leadership

La question du leadership a été très largement discutée par le binôme.

La principale difficulté a été le positionnement connaissances-qualité-capacité-compétences du leader versus le manager.

Notre avis :

Les outils ont fait l'objet d'une analyse en comité de pilotage afin d'identifier les modalités de mise en œuvre.

La question du leadership abordé lors des séances de CRM Santé semblait suffisante pour les membres.

➤ Analyse de la problématique

1 séance de 2 h a été réalisée.

L'ensemble de l'équipe n'a pas participé à la séance d'analyse de la problématique.

Une réunion ouverte a été organisée au sein du service. 15 professionnels (Médecin, IDE, AS, cadre de santé) ont participé à ce temps.

Notre avis :

L'outil proposé dans le cadre de Pacte a été utilisé et a été particulièrement facilitant pour synthétiser les axes issus de la problématique, des résultats du questionnaire CS et des CRM Santé.

Les résultats de l'enquête culture sécurité ont été représentés et les synthèses des CRM Santé afin de dégager des actions prioritaires.

Synthèse de nos résultats :

Le diagnostic met en évidence un axe de progrès sur le circuit d'information aux interfaces en particulier les services hospitaliers et les ambulanciers.

➤ Réunion du COPIL

La Direction a octroyé 8 h par professionnel pour l'ensemble du service afin de faciliter la mise en œuvre du projet.

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est le facilitateur interne au projet.

Dynamisme du binôme médico-soignant : cadre de santé + médecin du service.

Place du Facilitateur externe à l'établissement : prise de recul et possibilité d'impacter la prise de conscience des professionnels (discours extérieur), modération.

Maturité de l'équipe et appropriation par l'équipe des actions à mettre en place : donne du sens à la démarche, notamment pour la mise en œuvre du projet de service et améliorer la déclaration des évènements indésirables.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

La thématique de travail est précisée :

Réduire le nombre de retard d'administration de chimiothérapie.

➤ Résumé du plan d'actions engagé

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Améliorer la déclaration des EI	Mise en place d'une alerte de proximité en lien avec la déclaration institutionnelle
Améliorer la coordination avec les interfaces en particulier les ambulanciers	Check-list « transfert ambulancier »
Diminuer les interruptions de tâches	Gestion des interruptions de tâches en lien avec le glissement de tâches concernant les appels téléphoniques. Expérimentation de nouvelles modalités
Améliorer l'implication du patient dans sa prise en charge en particulier sur la gestion des rendez-vous multiples	Identifier des solutions de communication avec le patient non communiquant (appels SMS automatisé)

b) Retour d'expérience sur l'étape de Mise en œuvre & de suivi

Aucun outil n'a été utilisé. L'équipe s'est saisie d'autres modalités de mise en œuvre (cf. plan d'actions)

➤ Suivi du plan d'action

Suivi du plan d'actions		
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel Méthode de suivi dont les indicateurs
Améliorer la déclaration des EI		
Mise en place d'une alerte de proximité en lien avec la déclaration institutionnelle	Réalisé	Évolution du nombre de déclaration
Améliorer la coordination avec les interfaces en particulier les ambulanciers		
Check-list « transfert ambulancier »	Réalisé	Évolution du nombre de déclaration des EI identito
Diminuer les interruptions de tâches		
Gestion des interruptions de tâches en lien avec le glissement de tâches	En cours	Expérimentation de la permanence téléphonique

concernant les appels téléphoniques. Expérimentation de nouvelles modalités		
Améliorer l'implication du patient dans sa prise en charge en particulier sur la gestion des rendez-vous multiples		
Identifier des solutions de communication avec le patient non communiquant (appels SMS automatisé)	En cours	Modification du SI et équipement du service de téléphone portable

D'autres actions ont découlé du projet Pacte :

À l'échelle de l'équipe :

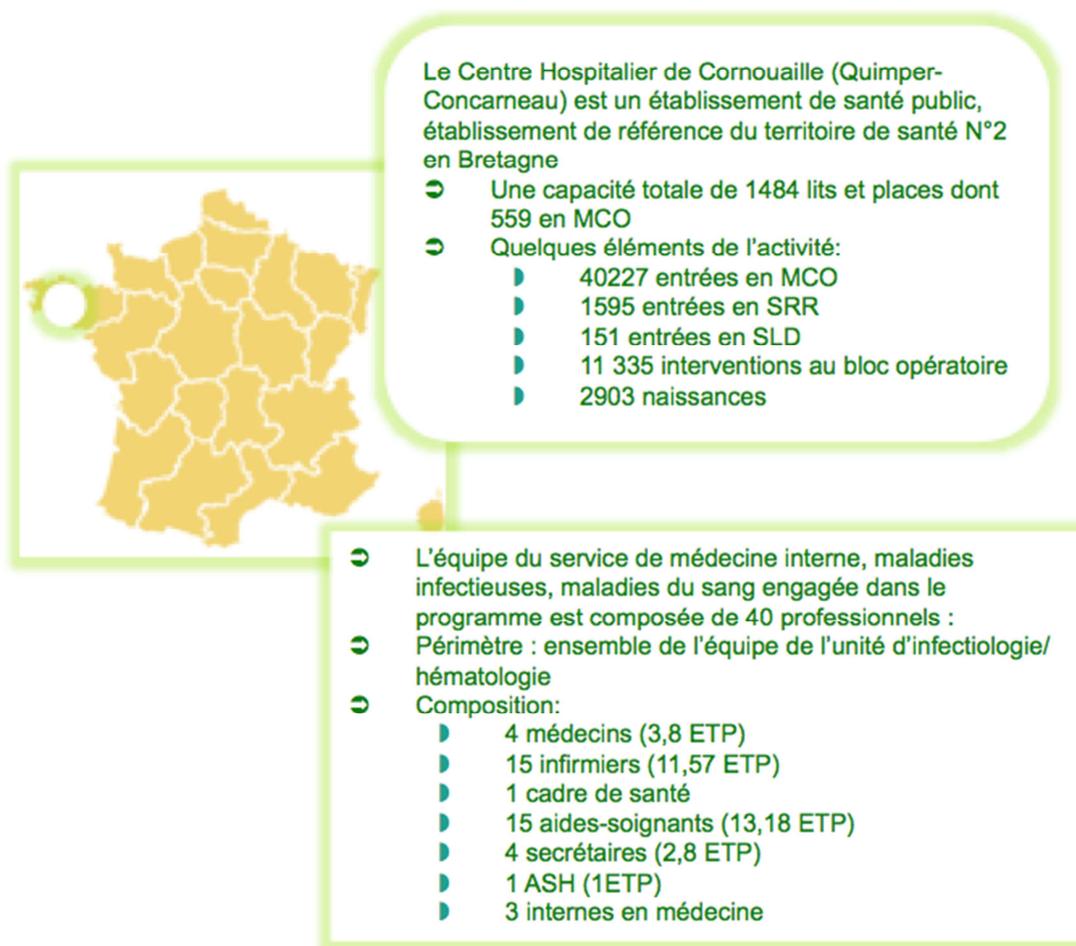
- ▶ Flyer de sensibilisation à l'attention du patient « patient acteur de sa sécurité » avec illustration des pratiques du service ;
- ▶ Organiser un temps de travail sur la notion de coopération avec les équipes de radiothérapie et du bloc opératoire.

À l'échelle institutionnelle :

- ▶ Intégration d'une action de sensibilisation à la culture sécurité pour les nouveaux arrivants ;
- ▶ Harmoniser la dénomination du service sur le plan de la signalétique et des documents à en-tête ;
- ▶ Intégrer une réflexion sur la citoyenneté.

9. L'équipe de médecine interne, maladies infectieuses, maladies du sang, du Centre Hospitalier de Cornouaille à Quimper

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'engagement de l'établissement

L'équipe de la MIIS (médecine interne, maladies infectieuses, maladies du sang) a souhaité s'engager avec le soutien institutionnel de la direction générale, du président de CME, de la coordonnatrice générale des soins et du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Optimisation de la prise en charge d'un processus clinique : « **Prise en charge des hémopathies maligne en phase active de traitement en hospitalisation complète** ».

Le projet a été ciblé par le binôme chef de service et cadre de santé à partir de la connaissance du service, de son organisation, de son activité.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

Améliorer la qualité de prise en charge des patients en hématologie : gestion des flux de patients, partage des informations en équipe et avec les interfaces, qualité de l'information donnée au patient notamment.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Optimiser la coordination et la communication au sein de l'équipe.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en mai 2014. 100% des professionnels y ont participé.

Notre avis :

La réalisation de l'enquête était facilitée par le fait que le service réalisait pour la 2^e fois une enquête culture de sécurité selon la méthodologie AHRQ/HAS (1^{ère} fois en 2012 dans le cadre de la mise en œuvre du projet de soins).

Synthèse de nos résultats :

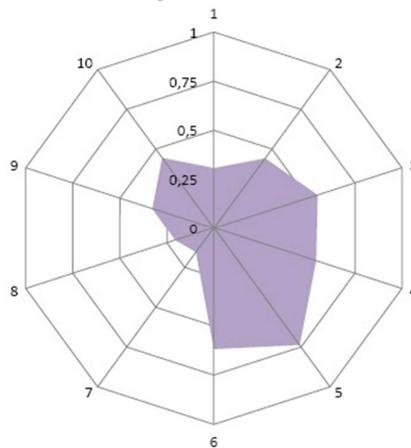
39 répondants/39 agents : 100% des membres de l'équipe (14 AS, 1 ASH, 1 cadre, 13 IDE, 4 AMA, 3 Internes, 3 PH).

Plusieurs marges d'amélioration sont mises en évidence par plusieurs scores relevés assez faibles :

- ◆ Perception globale de la sécurité : 31% (26% des professionnels considèrent qu'il existe des problèmes de sécurité dans le service) ;
- ◆ Signalement des EI : 44% ;
- ◆ Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins : 55% ;
- ◆ Organisation apprenante et amélioration continue : 54% ;
- ◆ Travail d'équipe dans le service : 74% ;
- ◆ Liberté d'expression : 62% ;
- ◆ Réponse non punitive à l'erreur : 15% (46% des professionnels ont l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème) ;
- ◆ Ressources humaines : 21% (69% des professionnels considèrent qu'ils travaillent en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement) ;
- ◆ Soutien du management pour la sécurité des soins : 33% (38% des professionnels ne considèrent pas que la direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins) ;
- ◆ Travail d'équipe entre les services de l'établissement : 44% .

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat :

Figure 14 - 1 :



➤ Le CRM Santé

Deux séances ont permis de réunir l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et secrétaires AMA. La première séance le 4 juin a été animée par Monsieur René AMALBERTI. La seconde a été co animée le 17 juin 2014 par les facilitateurs Laurence GRELET et Gwenaël ROLLAND-JACOB

Notre avis :

Le CRM santé a été très apprécié par les professionnels (séances bien rythmées, animées, respectant chacun). Il a réellement dynamisé et porté la démarche pendant plusieurs mois. Il s'agit d'une étape indispensable pour initier le diagnostic et lancer la dynamique.

Synthèse de nos résultats :

Liste des thèmes d'amélioration déterminés à l'issue du CRM :

- ▶ Partage d'information entre professionnels concernant le patient :
 - nécessité de transmissions spontanées, débriefing rapide à chaud ;
 - débriefing à distance.
- ▶ Porter l'alerte en cas EI
- ▶ Changement de chambres
- ▶ Information au patient ayant eu un EIG
- ▶ Gestion des relations avec le secrétariat pour une meilleure information réciproque et des dossiers mieux partagés
- ▶ Gestion des interruptions
- ▶ Communication
- ▶ Coopération
- ▶ Gestion du stress au quotidien
- ▶ Transmission du matin (orale, risque d'oubli)
- ▶ Urgence (coordination), entraînement

➤ Le leadership

Des référents/leaders IDE (1) et AS (2), porteurs du projet sont identifiés par le binôme.

Notre avis :

L'outil a suscité un débat parmi les professionnels de l'équipe sur la notion de leadership et le terme « leader » qui a été diversement compris et admis, cela a fait l'objet d'une question en séance plénière du CHSCT. Au final le terme référent Pacte est préféré et retenu.

➤ Analyse de la problématique

L'analyse de la problématique a été formalisée en réunion le 8 septembre 2014 par le binôme médecin cadre, les deux facilitateurs et le groupe référents/leaders Pacte IDE+AS

Une grille d'autodiagnostic a été remplie par binôme et professionnels : étude du chemin critique du patient porteur d'une maladie onco-hématologique dans le service.

Sur la base du diagnostic synthétique : l'équipe fixe des objectifs d'amélioration à partir des problématiques identifiées.

Notre avis :

Outil complexe. Il a été nécessaire de le simplifier pour le rendre plus lisible auprès du groupe de travail.

L'analyse de la problématique constitue une étape nécessaire pour finaliser le diagnostic, formaliser le plan d'actions et proposer des indicateurs.

Synthèse de nos résultats :

- ▶ Axe dynamique d'équipe et communication :
 - Partage d'informations sur les patients : manque d'information des IDE en cas de changement de prescription de chimiothérapie, standardiser le staff ;
 - Gestion des relations avec le secrétariat : nécessité d'améliorer le partage d'informations en intégrant mieux les AMA dans la vie du service ;
 - Difficultés dans l'organisation de la sortie du patient : coordination des acteurs.
- ▶ Axe gestion des risques :
 - Déclaration des évènements indésirables à améliorer et implanter REX (analyse systémique) ;
 - Interruptions de tâches non gérées.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

La problématique initiale a été confirmée : **Optimisation de la prise en charge d'un processus clinique.**

➤Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
<i>Améliorer la dynamique d'équipe et la communication</i>	Formation et utilisation d'outils de communication : <ul style="list-style-type: none"> • Saed : outil de structuration de la communication (staff) • Faire dire : outil de reformulation • Huddle : outil de briefing rapide Améliorer le partage d'informations : <ul style="list-style-type: none"> • Optimiser le staff avec participation des AMA Actions institutionnelles : coordination de la sortie <ul style="list-style-type: none"> • Faire le lien avec un état des lieux concernant les problèmes liés à la sortie (sur une période donnée dans l'unité) et les actions institutionnelles planifiées par le groupe CRAPP
<i>Dynamiser la gestion des risques dans l'unité</i>	Implantation d'une méthode de déclaration et de traitement en interne des EIG : <ul style="list-style-type: none"> • Formation de plusieurs professionnels à cette méthode. Actions institutionnelles : <ul style="list-style-type: none"> • Évolution et communication sur la charte de non punition des erreurs au CHIC • Test d'utilisation du gilet jaune de non interruption des tâches dans l'unité

b) Retour d'expérience sur l'étape de Mise en œuvre & de suivi

➤Faire Dire

L'équipe teste l'outil HAS faire Dire (évolution de « Teach back »). Ce test a commencé à partir de juillet 2015 auprès d'IDE et de médecins de l'équipe.

Notre avis :

En cours de recueil (août 2015)

➤Saed

Formation des professionnels à l'outil Saed : 2015.

Formation des IDE et des AS : effectué au 1^{er} semestre 2015.

Notre avis :

Bon retour des professionnels formés IDE et AS, utilisation par plusieurs IDE, évaluation à réaliser.

➤Gestion des risques

Sensibilisation des professionnels sur l'utilité de porter l'alerte par le biais du système de signalement interne SIQWEB YES.

Outil HAS peu utilisé car démarche interne existante.

Notre avis :

Augmentation très significative de la déclaration des EI entre 2013 et 2014, modification qualitative des signalements entre 2014 et 2015 : nombreuses catégories de risques concernés font l'objet d'un signalement (voir Annexe 1 : détail des catégories et analyse).

➤ Implication du patient

L'équipe teste l'outil HAS 3QUOI de la HAS.

Notre avis :

En cours de recueil (août 2015).

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
Optimiser la transmission des informations et la communication entre les membres de l'équipe et avec les interfaces			
Formation et utilisation de l'outil Saed : - IDE et AS : formation au 1 ^{er} semestre 2015, à compléter avec les nouveaux arrivants au 2 ^e semestre - Formation des nouveaux internes : chaque semestre : en cours - Formation des médecins prévu 2 ^e semestre : en cours	Réalisée et en cours	Test d'évaluation de la connaissance des professionnels vis-à-vis de la méthode Saed	Utilisation par les IDE lors des demandes d'avis téléphoniques auprès des internes
Réunion hebdomadaire de l'équipe médicale (médecins et internes)	Réalisé		Effectif tous les jeudi après-midi à 14h
Staff quotidien de l'équipe médicale et paramédicale en début de matinée	Réalisé		Hémato 9h00 Infectieux : 9h15 Souvent 1 des staffs de la semaine a pour vocation de mieux expliciter le pourquoi des prises en charge auprès des IDE et des AS
Staff hebdomadaire de coordination interfaces du vendredi midi 12h30 : hématologie-hôpital de jour-hôpital de semaine	Réalisé		Médecin hémato + médecin HDJ + cadres + IDE coordonnatrice + pharmacien chargé des chimiothérapies, AMA
Mise en place de réunions de staff éthique	Réalisé 7/1/2015, 4/3/2015, 28/3, 7/5/2015		Staff : étude d'un dossier complexe avec l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale
Partage d'informations entre médecins et IDE en cas de changement de	Réalisé		

prescription de chimiothérapie : effectué à la demande des IDE (mais pas sous forme de débriefing)			
Appel auprès de l'IDE spécialiste de la douleur en cas de nécessité (pompes à morphine)	Réalisé		
Porter l'alerte et traiter les signaux d'alerte			
<p>Dynamiser le signalement interne des EI par les professionnels.</p> <p>En moyenne 4 EI déclarés par semaine, ceci touchant tous les domaines de risques de la prise en charge patient (cf analyse en pièce jointe</p>	Réalisé	<p>Nombre mensuel de déclaration d'EI</p> <p>Nombre annuel de RMM et de CREX</p>	<p>Augmentation du nombre de déclarations d'événements indésirables : Nombre de déclarations d'EI en 2013 : 31 2014 : 112 2015 : 60 au 1^{er} semestre</p> <p>Analyse de l'évolution des types de risque déclarés entre 2014 et 2015</p>
Optimiser la transmission des informations par les professionnels auprès des patients			
Test d'utilisation de l'outil HAS Faire Dire (évolution de « Teach back ») de la HAS réalisée par 5 IDE et 1 médecin	En cours		Adhésion pour tester les outils
Implication du patient : inciter le patient à poser des questions au professionnel de santé lors de la consultation d'hématologie			
Test d'utilisation de l'outil HAS 3QUOI de la HAS en consultation d'hématologie	En cours		Adhésion pour tester les outils

10. L'équipe du service de chirurgie de la Clinique des Cèdres à Cornebarrieu

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'engagement de l'établissement

L'initiative est venue du président de la CME et du cadre chef de bloc, plus que de l'équipe en elle-même. La direction a validé le projet en amont et apporté son support notamment pour la mise en place des staffs.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

La gestion des EI avait été identifiée comme une problématique au sein du bloc tant au niveau de la déclaration que du retour auprès des professionnels. Les professionnels avaient déjà alerté sur ce problème et étaient en demande de retour. Une procédure existait mais était mal connue ou mal suivie, les RMM très peu développées.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

Faire travailler ensemble l'équipe du bloc dans l'objectif de sécuriser les prises en charge, les humaniser et améliorer la qualité de vie au travail (en ciblant non seulement la gestion des EI mais aussi des situations identifiées comme à risque pour les patients).

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Valeur de solidarité forte entre tous les professionnels. Des valeurs individuelles mais pas vraiment de valeur d'équipe affichée au début du projet.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en mai 2014.

Tous les professionnels ont été sollicités. Une feuille d'émergence a été mise en place et nous permet de mesurer la participation par profession. Elle s'élève à 55% pour les praticiens et 70% pour le personnel du bloc.

Une information a été réalisée oralement au moment où le questionnaire a été donné.

Notre avis :

Ce questionnaire permet d'objectiver les axes d'amélioration et les points forts. C'est un très bon point d'entrée dans la démarche.

Synthèse de nos résultats :

- ▶ Points forts :
 - Solidarité de l'équipe notamment en cas de difficultés.
- ▶ Dimensions les plus développées :
 - Le travail d'équipe dans le service (=65%) ;
 - Les attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins (57%).
- ▶ Dimensions les moins développées :
 - Ressources humaines, travail d'équipe avec les services de la clinique, réponse non punitive de l'erreur <25%).
- ▶ Points à améliorer :
 - Fonctionnement souvent dans « l'urgence » (dans l'action réactive plutôt qu'en mode programmé) ;
 - Besoin de retour sur les EIG et sur les dysfonctionnements dans la coopération avec les autres services.

➤ Le CRM Santé

La première séance a été réalisée en 2013 (20 participants) et une seconde séance a été réalisée en juin 2014 (15 personnes ont participé en présence de la directrice). Six praticiens ont participé en tout. Le problème rencontré a été de motiver les autres professionnels qui ne se sont pas sentis concernés : la moitié des professionnels du bloc seulement a été formée et seulement 15% des praticiens.

Notre avis :

Nous avons eu un retour immédiat très positif (satisfaction des participants). Il y a eu de nombreuses réflexions menées sur des points faibles, et le constat sur des modifications de comportements spontanés.

Synthèse de nos résultats :

Des axes d'amélioration ont été mis en évidence de façon consensuelle y compris pour ceux déjà identifiés lors du CRM santé de 2013.

L'analyse du fonctionnement rejoint les conclusions de l'enquête culture sécurité : l'équipe fonctionne dans l'action/réaction (si problème on discute sur l'instant / pas de staff, pas de procédure) :

- ▶ Sur l'organisation générale :
 - formation des intérimaires ;
 - connaissance partagée des outils spécifiques ;
 - connaissance des besoins/matériels ;
 - régulation de la programmation (dépassements).
- ▶ Sur la communication :
 - dérangements en salle d'opération (déjà identifiée en 2013) ;
 - information partagée avec les secrétariats médicaux.

➤ **Le leadership**

L'outil n'a pas été utilisé par l'équipe. Le cadre chef de bloc a répondu indépendamment au questionnaire dans le cadre d'une autoévaluation de son leadership.

➤ **Analyse de la problématique**

L'outil n'a pas été utilisé tel que prévu par la HAS. Lors d'une réunion entre le binôme, le facilitateur, la direction et le cadre adjoint du bloc opératoire, les éléments recueillis en CRM santé et avec l'enquête sur la culture de la sécurité ont été hiérarchisés.

Le groupe a utilisé les critères tels que la faisabilité, l'impact sur la sécurité des soins, le consensus, chacun coté de 1 à 5.

Chaque binôme a coté indépendamment l'un de l'autre puis nous avons discuté ensemble chaque dysfonctionnement et cotation.

Notre avis :

Nous n'avons pas utilisé l'outil spontanément. Nous avons échangé sur la base du bon sens, puis nous avons rempli l'outil proposé : Un guide pour l'utilisation de l'outil est indispensable.

Synthèse de nos résultats :

La faible participation au CRM a orienté la démarche vers la mise en place de staffs pluridisciplinaires afin d'impliquer les professionnels du bloc. Au cours du 1^{er} staff sont ressortis 3 problématiques à améliorer en priorité selon les professionnels: gestion du matériel, la sécurité anesthésie en SSPI, le débordement de certaines vacations.

➤ **Reformulation définitive de la thématique de travail**

Création d'une dynamique d'équipe avec la mise en place d'une gestion des EI efficace.

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Créer une dynamique autour de la sécurité du patient	<p>Mise en place d'un staff pluridisciplinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtention pré-requis : Adhésion comité de bloc, autorisation de la direction arrêt du bloc (novembre 2014) • Organisation d'un staff mensuel d'1h au plus, à horaire fixe en début de matinée avec arrêt du bloc (chaque fois, un jour différent de la semaine) (décembre 2014 – aujourd'hui) <p>----</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustement à mettre en place pour perdurer ces staffs et la dynamique : présence direction ? création de staffs à thématique précis ? Staffs petits groupe ?... (en cours)
Répondre aux premières problématiques soulevées par les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de travail mis en place sur la gestion du matériel (identification du matériel, devis) (janvier 2015-aujourd'hui) • Pb SSPI pris en charge par le président de CME (résolu, janvier 2015) • Rencontre avec les praticiens concernés par les débordements de vacations (prise de conscience du problème, effort réalisé et réajustement des horaires) décembre 2014-Mars 2015 • Nouvelles problématiques soulevées par le groupe (patient debout, chariot d'urgence)
Améliorer la gestion des EI	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan, mise à jour de la procédure et communication aux professionnels (Q1 2015). • RMM à planifier (Q3 2015) pour ancrer la démarche de façon pérenne

b) Retour d'expérience sur l'étape de Mise en œuvre & de suivi

➤ Gestion des risques

L'équipe a poursuivi les modalités déjà en place pour la gestion des EI et s'est fixé pour objectif de systématiser la mise en œuvre des RMM.

➤ Autres

L'équipe a choisi de mettre en place des staffs, sans support spécifique mais pour l'intérêt de faire s'exprimer les professionnels afin de les impliquer dans la démarche d'amélioration et de développer la culture sécurité.

➤ Matrice de SHORTELL

L'évaluation du niveau de maturité est en cours en octobre 2015.

➤ Enquête de satisfaction Pacte

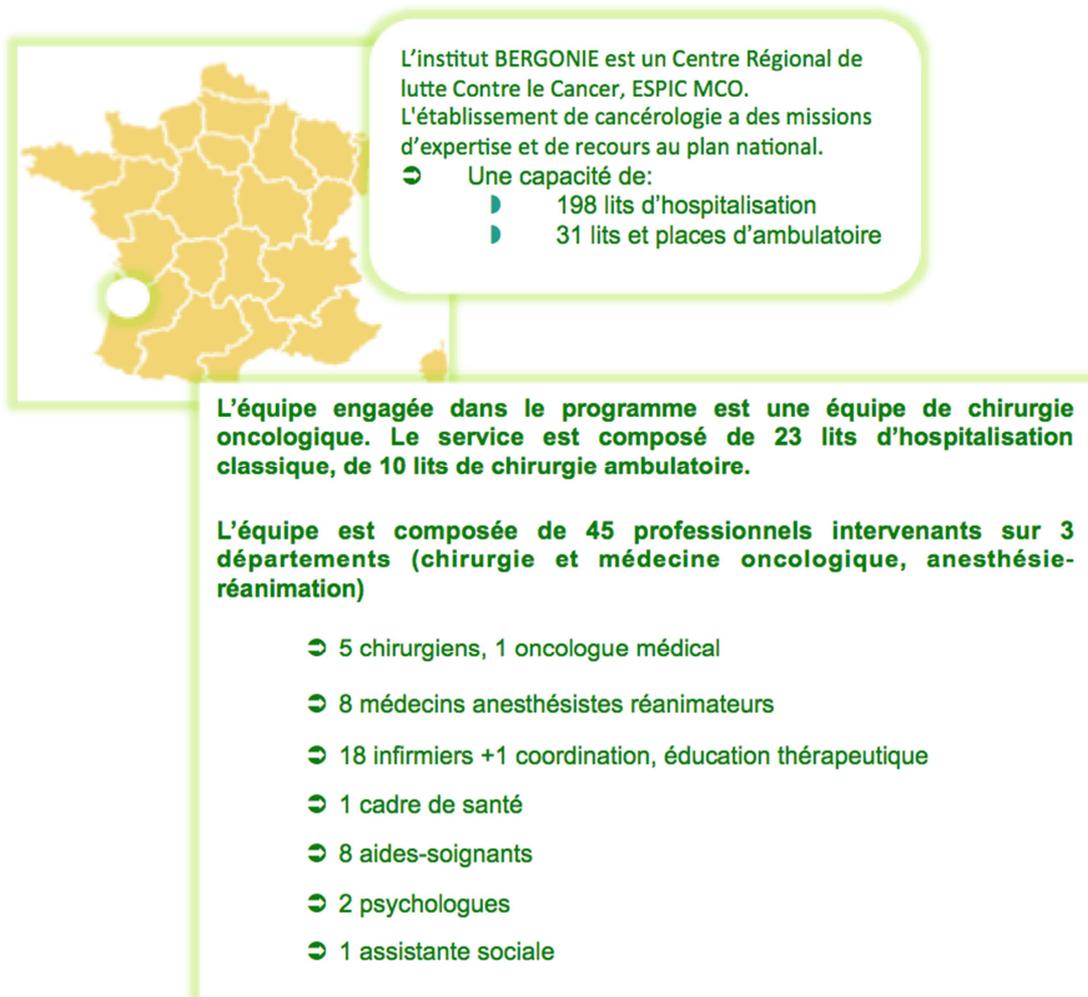
L'enquête de satisfaction est en cours en octobre 2015.

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions		
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel Méthode de suivi dont les indicateurs
Créer la dynamique d'équipe		
Mise en place de staffs	En cours	Nombre de staff réalisés/trimestre et nombre de participants
Améliorer gestion des EI		
Mise à jour procédure, communication	Finalisé	Nombre EI déclarés au bloc/trimestre
Améliorer gestion des EI		
Mettre en place des RMM de façon pérenne	En cours	Nombre de RMM réalisées/trimestre
Sécurité SSPI		
Respect de la réglementation, information des praticiens	Finalisé	Nombre EI déclarés au bloc sur ce problème / trimestre
Améliorer Gestion matériel		
Liste de matériels concernés faite, devis faits, quelques commandes réalisées	En cours	Nombre EI déclarés au bloc sur ce problème / trimestre
Réduire le débordement des vacations		
Rencontre des praticiens, discussion	Réalisé	Nombre EI déclarés au bloc sur ce problème + audit de fin de programme

11. L'équipe de chirurgie oncologique de l'Institut BERGONIE à Bordeaux

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'institut BERGONIE est un Centre Régional de lutte Contre le Cancer, ESPIC MCO. L'établissement de cancérologie a des missions d'expertise et de recours au plan national.

- ↻ Une capacité de:
 - ▶ 198 lits d'hospitalisation
 - ▶ 31 lits et places d'ambulatoire

L'équipe engagée dans le programme est une équipe de chirurgie oncologique. Le service est composé de 23 lits d'hospitalisation classique, de 10 lits de chirurgie ambulatoire.

L'équipe est composée de 45 professionnels intervenants sur 3 départements (chirurgie et médecine oncologique, anesthésie-réanimation)

- ↻ 5 chirurgiens, 1 oncologue médical
- ↻ 8 médecins anesthésistes réanimateurs
- ↻ 18 infirmiers +1 coordination, éducation thérapeutique
- ↻ 1 cadre de santé
- ↻ 8 aides-soignants
- ↻ 2 psychologues
- ↻ 1 assistante sociale

L'engagement de l'établissement

La Direction a été sollicitée par le binôme, responsable de l'expérimentation Pacte et s'est engagé à soutenir le projet.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Le projet initial de l'équipe était de s'intéresser aux modalités de collaboration interprofessionnelle et à la cohésion d'équipe favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles, la qualité et la sécurité des soins.

Suite à un travail d'analyse des dossiers présentés en RMM, nous avons mis en évidence dans le cadre une analyse systémique les différents facteurs tant organisationnels que humains pouvant rendre difficiles une prise en charge palliative efficace en chirurgie.

Cette première étape a conduit à mettre en évidence l'importance de la communication interprofessionnelle dans les prises de décisions concertées.

Dans le cadre de la participation à Pacte, la suite du travail engagé visait à analyser les effets de la mise en place de réunion de concertation pour les situations cliniques complexes ayant une DMS supérieure à 15 jours sur les modalités de collaboration interprofessionnelle et la cohésion d'équipe, lors, avec élaboration d'un projet de soins concerté.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

- ▶ Améliorer la continuité des soins via un travail sur les modalités de transmissions (écrites et orales) entre tous les professionnels impliqués et la mise en place de staffs.
- ▶ Élaboration et rédaction d'un projet de soins concertés pour les patients en situation complexe.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Les valeurs promues dans ce service sont la prise en charge centrée sur le patient, avec un souci constant du repérage des besoins psycho-sociaux et de la douleur.

L'amélioration de la prise en charge du patient en phase palliative stabilisée et en fin de vie est un axe central de réflexion dans le service.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

En octobre 2014 : Information et remise des formulaires de manière individuelle, retour anonymisé et enregistrement des données sur la plateforme par le cadre.

Restitution des résultats globaux à l'ensemble de l'équipe avec mise en perspective des résultats avec ceux de l'ensemble des équipes impliquées dans Pacte.

Notre avis :

Objectivation du niveau global de sécurité perçue.

Mise en exergue des axes d'amélioration à privilégier.

Synthèse de nos résultats :

Figure 16.1

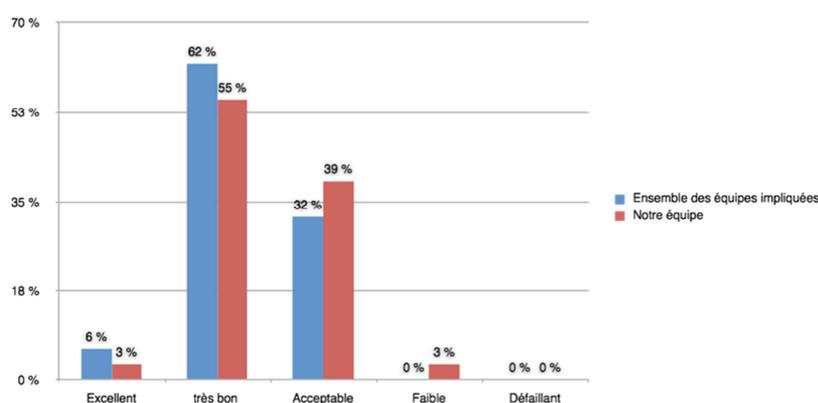
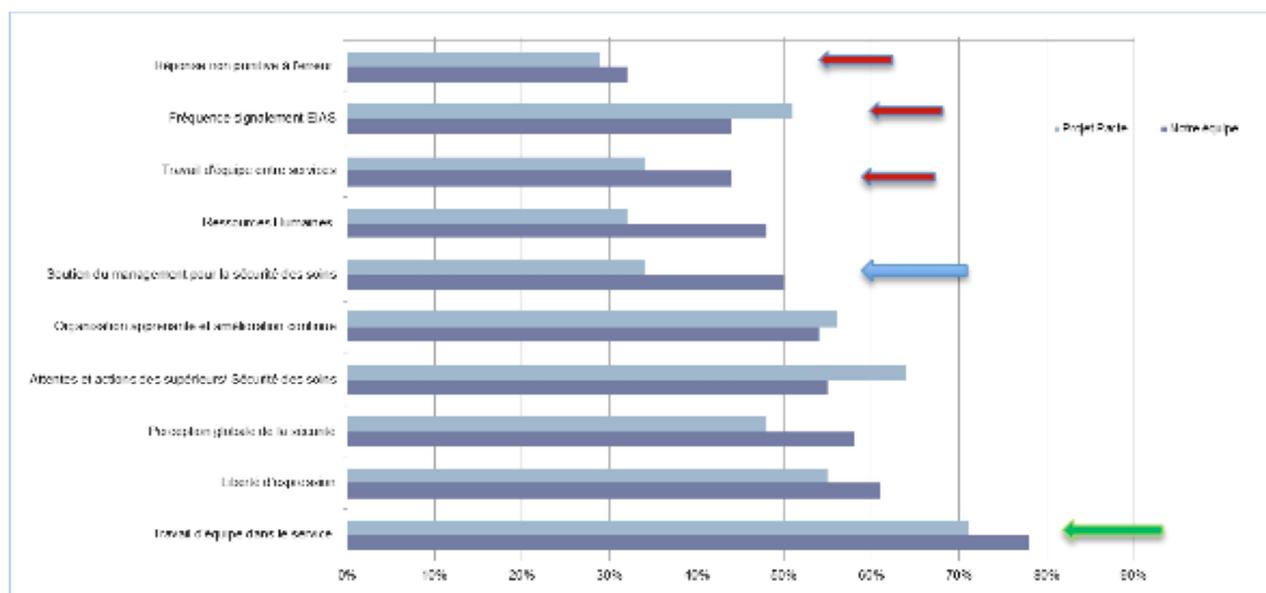


Figure 16.2 :



Les principaux axes d'amélioration portent sur :

- ▶ Réponse non punitive à l'erreur.
- ▶ Augmentation du nombre de déclaration des EI.
- ▶ Amélioration de la collaboration inter-service.

➤ Le CRM Santé

3 séances ont été réalisées en octobre 2014. Elles ont concerné 24 paramédicaux soit 70% de l'échantillon total, 5 professionnels de soins de support soit 15% de l'échantillon total et 5 médecins soit 15% de l'échantillon total.

Notre avis :

Intérêt d'un cadre sécurisé pour échanger sur des problématiques sensibles touchant à la sécurité des soins (ex : aspects relationnels dans la prise en charge palliative).
Équipe mise en situation de choix quant aux objectifs de changement.

Synthèse de nos résultats :

Les actions retenues concernent :

- ▶ Concertation autour du patient et modalités de transmissions ;
- ▶ L'alerte ;
- ▶ La gestion des interférences.

➤ Analyse de la problématique

L'analyse de la pratique a été analysée via les RMM et par l'analyse de dossiers dans l'année précédant le début de l'expérimentation Pacte, pas d'analyse ergonomique en situation réelle de travail.

Cette analyse a été croisée avec les résultats de l'enquête sécurité et le CRM santé. L'étape suivante a consisté à former les équipes aux outils de dépistage et à la mise en place d'outils de traçabilité : création d'une check-list préparatoire aux staffs s'intéressant aux situations complexes et mise à disposition des comptes rendus détaillés des staffs.

Notre avis :

A permis de circonscrire des axes précis d'amélioration dans le projet de soins.

Synthèse de nos résultats :

- ▶ Déclenchement systématique de staff selon les critères retenus ;
- ▶ DMS supérieure à 15 jours ;
- ▶ Complexité de la situation bio psycho sociale.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Sécurisation de la prise en charge palliative complexe

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Notre calendrier	Les actions
09-10/2014	Formation CRM - Santé et Enquête de sécurité
11/2014	Écriture de la charte de fonctionnement des staffs cliniques et choix des objectifs prioritaires de travail de l'équipe
12/2014-02/2015	Choix des indicateurs d'évaluation du projet de soins concerté et du fonctionnement du staff
02/2015-05/2015	Mise en œuvre des réunions et recueil des données

c) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape de mise en œuvre et de suivi

➤ Outils de dépistage

De septembre 2014 à août 2015 : mise en place d'une *Check-list de préparation des staffs*.

Synthèse de nos résultats :

- ▶ Faible appropriation des outils de dépistage ;
- ▶ Utilisation systématique et identification des besoins du patient exhaustive ;
- ▶ Présence médicale irrégulière.

➤ Notre retour d'expérience intermédiaire

En 2015, mise en place d'une restructuration au sein du département de chirurgie oncologique visant une adaptation des ressources à l'évolution de l'activité. Ce projet a été a eu pour conséquence des remaniements importants au niveau des roulements de travail des différentes équipes, des changements d'affectation de soignants au sein des unités de soins.

Cette réorganisation a généré des difficultés importantes dans la stabilité de l'équipe engagée dans Pacte. Cet élément se rajoutant d'autres facteurs de freins identifiés tels que :

- ▶ Absence d'implication médicale dans le pilotage du projet
- ▶ Changements organisationnels simultanés :
 - Augmentation de l'activité ambulatoire
 - Changement de logiciel pour le dossier patient en 2014
 - Informatisation du dossier de soins infirmiers en 2014
 - Informatisation des examens biologiques en 2014
 - Changement du logiciel de prescription en 2014

12. L'équipe de pneumologie adulte des Hospices Civils de Lyon

A. L'établissement et l'équipe engagés



Les Hospices Civils de Lyon regroupent 14 établissements hospitaliers, organisés en 6 groupements. Ils proposent une prise en charge adaptée à toutes les pathologies en médecine, chirurgie, obstétrique et cancérologie.

➔ Les HCL en quelques chiffres :

- ▶ Plus de 23 000 professionnels dont plus de 5 000 médecins
- ▶ Un produit d'exploitation annuel de près de 1,6 milliard
- ▶ Plus de 5300 lits et places d'hôpital de jour
- ▶ 30 blocs opératoire pour 123 salles d'opération
- ▶ 26 salles d'accouchement
- ▶ 30 laboratoires

Le groupement hospitalier Est est composé de l'hôpital Pierre WERTHEIMER, de l'hôpital Femme-Mère-Enfant et de l'hôpital Louis PRADEL

L'hôpital Louis Pradel, d'une capacité totale de 468 lits et places, assure les activités de Cancérologie, Cardiologie, Pneumologie, Cardiologie interventionnelle, Chirurgie cardiaque, Chirurgie vasculaire, Chirurgie thoracique, Endocrinologie et maladies métaboliques

➔ Personnel médical : 402 (dont 21 étudiants)

➔ Personnel non médical : 898

L'équipe de pneumologie adulte de l'hôpital Louis Pradel, engagée dans le programme assure une activité de cancérologie, de greffes et de maladies rares. Elle est composée de 90 professionnels dont :

- ➔ 14 médecins
- ➔ 30 infirmiers et 23 aides-soignants
- ➔ 6 cadres de santé
- ➔ 2 masseurs kinésithérapeutes, 2 diététiciennes
- ➔ 6 secrétaires
- ➔ 3 agents des services hospitaliers, 4 attachés de recherche

L'engagement de l'établissement

Ce projet a été initié par la Direction Organisation, Qualité, Risques et Usagers avec le directeur du Groupement Hospitalier Est. Deux chefs de services ont été contactés pour étudier avec eux la faisabilité et l'acceptabilité de cette démarche dans leur service, selon les critères de la HAS.

À l'issue de cette phase de concertation, il a été décidé de mener le projet dans le service de Pneumologie adulte de ce groupement.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Dans le contexte d'un changement récent du chef de service, et dans la perspective d'un déménagement pour une restructuration des activités du service et la réalisation de travaux, le chef de service a souhaité saisir l'opportunité d'une réflexion sur l'organisation du travail.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

Conduire un projet de service concernant les trois unités pour une meilleure prise en charge collective du patient (harmonisation du fonctionnement des trois équipes, réduction des conflits, amélioration de la communication et de la performance).

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Les unités ayant des spécialités médicales différentes et des modes de prise en charge complémentaires (hôpital de jour, de semaine et d'hospitalisation conventionnelle), elles sont amenées à prendre en charge les mêmes patients. Chez ces patients atteints de cancer, de maladie rare ou de pathologies chroniques, la cohérence des informations données, ainsi que le juste moment de cette information, sont cruciaux.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée au début du projet après trois réunions d'information réalisées dans l'équipe par le binôme. Les questionnaires ont été remis à chaque professionnel par le cadre du service à l'issue d'une réunion d'information. Une liste de « suivi du retour des questionnaires » a permis de relancer les professionnels qui n'avaient pas répondu. Le taux de retour a été de 82%. La saisie des réponses a été faite par la Direction qualité des HCL.

Les résultats ont été présentés au cadre et au chef de service mais n'ont pas été diffusés à l'ensemble des professionnels du service.

Notre avis :

L'enquête a marqué le début officiel du projet Pacte dans l'équipe avec une vraie mobilisation des professionnels.

En revanche, nous avons rencontré des difficultés pour interpréter les résultats et les corréler à des actions concrètes.

Synthèse de nos résultats :

Les axes de progrès mis en évidences sont :

- ▶ la perception globale de la sécurité ;
- ▶ la réponse non punitive à l'erreur ;
- ▶ les ressources humaines ;

- ▶ le soutien du management pour la sécurité des soins et ;
- ▶ le travail en équipe entre les services de l'établissement.

41% des professionnels n'ont pas signalé un événement indésirable au cours des 12 derniers mois.
58% des professionnels perçoivent le niveau de sécurité du service comme seulement acceptable ou faible.

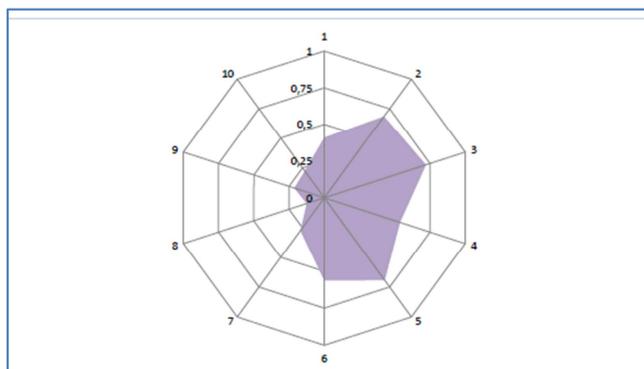
Représentation graphique de ce premier résultat :

Figure 17.1 :

Les 10 dimensions de la Culture de Sécurité explorées par le questionnaire	
Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	41%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	69%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	72%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	54%
5. Travail d'équipe dans le service	69%
6. Liberté d'expression	56%
7. Réponse non punitive à l'erreur	27%
8. Ressources humaines	12%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	21%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	22%

score ≥ 75% = Dimension développée
score < 50% = Dimension à améliorer

Figure 17.2 :



Le CRM Santé

4 séances de CRM réalisées en 1 mois ont permis de former 85 personnes (soit 94% de l'équipe). Déroulement conforme aux modalités prévues. La composition des séances a respecté le caractère multi professionnel.

Nous avons rencontré des difficultés pour libérer les professionnels particulièrement les médecins. Le caractère ludique de cette étape n'a pas toujours fait l'unanimité chez les médecins.

Notre avis :

Les prises de parole ont été systématiquement de plus en plus faciles après distribution des questionnaires et du travail en sous-groupes « métier ».

Cette étape a été très appréciée des professionnels paramédicaux. Le CRM a vraiment initié une dynamique dans l'équipe, favorisée par des échanges riches entre les différents métiers et des prises de conscience sur les aspects de sécurité.

Synthèse de nos résultats :

Axes d'amélioration identifiés :

- ▶ Améliorer la communication des informations concernant les patients leur traitement, leurs résultats au sein de l'équipe ;
- ▶ Mettre en place un débriefing systématique après un conflit ou après 'un événement traumatisant ;

- ▶ Améliorer la gestion des entrées et sorties de patients.

➤ Le leadership

Nous n'avons pas souhaité faire remplir le questionnaire « diagnostic des pratiques de leadership » ni la grille « d'évaluation du leadership » à l'ensemble des professionnels par crainte de focalisation sur les managers. En revanche, nous avons adapté ces outils pour animer une réflexion sur la thématique du leadership au sein d'un groupe multi professionnel restreint d'une vingtaine de personnes.

Notre avis :

Cet outil nous a permis d'aborder avec toutes les catégories professionnelles le thème du leadership, de présenter les bonnes pratiques et de susciter des échanges. Cette étape a été pédagogique mais il a été difficile de l'exploiter pour la définition d'actions.

➤ Analyse de la problématique

Le pré remplissage de l'outil a été fait par les facilitateurs à partir des résultats de l'enquête sécurité et de la synthèse des CRM. Les résultats ont été validés par le binôme de service lors d'une réunion.

Notre avis :

Cet outil n'a pas été perçu comme très adapté à cette étape du projet, et il n'a pas été pleinement exploité pour l'identification des actions à mener.

Synthèse de nos résultats :

Opportunités d'amélioration :

- ▶ Au sein de l'équipe défauts de communication et de partage des informations concernant les patients (leur traitement, leurs résultats, leur prise en charge...) ;
- ▶ Absence de débriefing systématique après un conflit ou un événement indésirable ;
- ▶ Peu de signalement d'EI donc de REX ;
- ▶ Culture de sécurité (compréhension de la notion d'erreur positive, signalement et analyse collective) ;
- ▶ Donner un feedback sur les décisions prises concernant l'équipe ;
- ▶ Harmonisation des supports d'information destinés au patient ;
- ▶ Tracer dans le dossier l'information donnée au patient ;
- ▶ S'assurer de la compréhension des patients.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

« Améliorer la communication au sein de l'équipe médicale et paramédicale concernant la prise en charge du patient atteint d'HTAP et améliorer l'information du patient »

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
<p>Identifier les priorités d'actions pour améliorer la transmission des informations au sein de l'équipe.</p>	<p>Constitution d'un sous-groupe de travail</p> <p>5 réunions de travail pour :</p> <p>Analyse collective du processus des échanges d'informations au cours de la prise en charge des patients atteints d'HTAP</p> <p>Identification des points critiques et priorisation avec une échelle de 0 à 3 (0 non prioritaire, 3 à traiter)</p> <p>21 points critiques ont été relevés et cotés par le groupe de travail</p>
<p>Enfinement l'ensemble des actions retenues concerne non seulement les patients atteints d'HTAP mais aussi les patients atteints d'autres pathologies</p>	<p>Harmoniser les supports de prescription</p> <p>Harmoniser les supports d'information du patient</p> <p>Tracer l'information donnée au patient</p> <p>Instaurer une réunion régulière qui rassemble le personnel médical et paramédical pour améliorer la transmission des informations et débriefer des événements indésirables ou les problèmes rencontrés.</p> <p>NB : Le calendrier des actions n'est pas encore fixé car les 3 unités viennent de déménager et la priorisation des actions vient d'être faite.</p>

b) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape Mise en œuvre & de suivi

➤ Le débriefing

Cet outil a été présenté et pourrait être retenu dans le cadre des actions.

➤ Saed

Cet outil a été présenté et pourrait être retenu dans le cadre des actions.

13. L'équipe de soins de suite et de réadaptation du Pôle Gériatrique de Mar Vivo à La Seyne/Mer

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'engagement de l'établissement

Le projet de participation à cette expérimentation a été proposé aux équipes par la direction. La thématique du projet a été choisie par les équipes.

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Éviter les risques de ré-hospitalisations chez le sujet âgé après un retour à domicile.

Ce projet initial est issu du constat que les patients pris en charge sont parfois désorientés mais également isolés lorsque les familles sont peu présentes et/ou difficiles à rencontrer. Dans ces conditions, la cohérence des informations données par l'ensemble des professionnels est essentielle.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

L'équipe a décidé de travailler sur les dysfonctionnements de communication et de partage d'informations concernant l'état de santé du patient entre les différents secteurs d'activité et tout au long du parcours du patient.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Les valeurs qui ont été définies par l'équipe Pacte et dans lesquelles tous se reconnaissent sont :
Considération / Solidarité / Confiance/ Concertation

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en avril 2014.

Notre avis :

L'outil est très simple à déployer et à utiliser.

Il faut cependant rappeler aux membres de l'équipe qu'il faut consacrer une bonne dizaine de minutes pour remplir le questionnaire.

Il a également été exploité en COVIRIS. En effet, il a été également décidé de déployer cette enquête sur les parties USLD/EHPAD de l'établissement.

Synthèse de nos résultats :

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat :

Figure 18 - 1 :

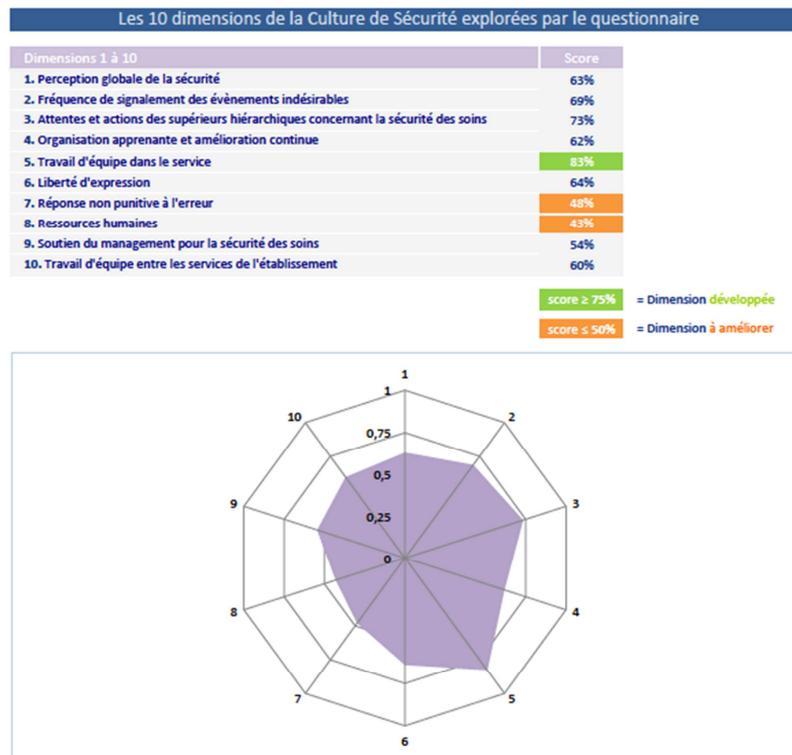
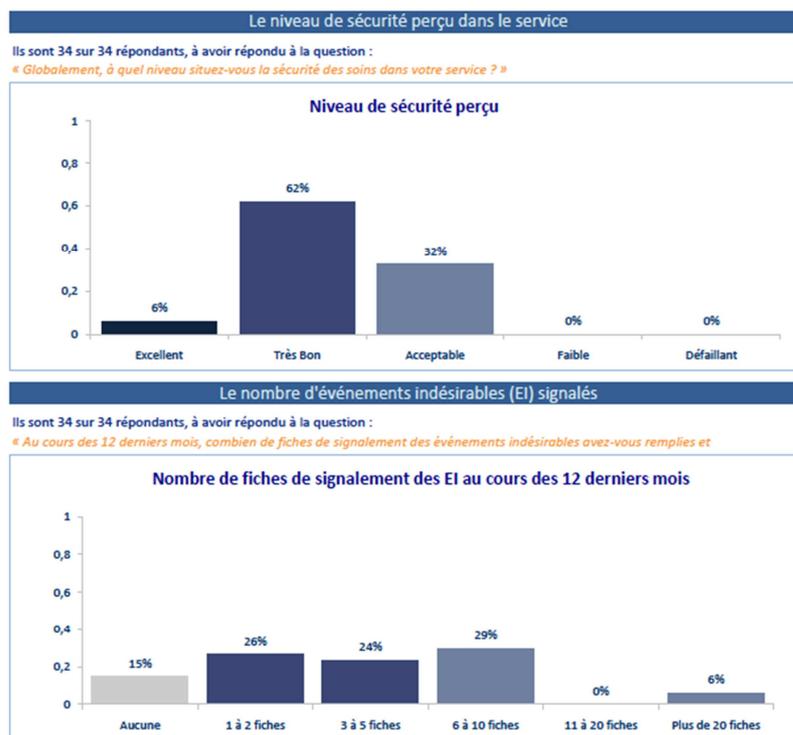


Figure 18 - 2 :



➤ Le CRM Santé

Deux séances ont été réalisées. Le CRM avril et mai 2014.

Notre avis :

Les retours de l'équipe ont été très positifs, notamment sur la possibilité d'aborder toutes les problématiques internes.

Néanmoins, l'équipe souligne que la durée ne permet pas de multiplier les exercices en petits groupes ou les jeux de rôle. Les problématiques abordées nous éloignent un peu de la problématique initiale choisie par l'équipe et cela suscite d'autres attentes.

Synthèse de nos résultats :

De nouvelles problématiques ont été soulevées, sans rapport avec le thème du début.

Des axes de travail ont été identifiés de façon consensuelle (confortés lors de la deuxième séance) :

- ▶ Sur l'organisation générale :
 - Savoir aussi mieux intégrer les nouveaux arrivants : on découvre très tard le nom et le visage d'un nouveau ;
 - Vulnérabilité de l'organisation en ce qui concerne la coordination avec les ambulanciers extérieurs (les procédures en place et les actions d'amélioration n'ont pas permis de sécuriser le transport des patients, les ambulanciers contournent la règle, ne valident pas le départ du patient avec l'IDE) ;
 - Améliorer le signalement des EI associés aux soins.
- ▶ Sur la communication :
 - Communication entre secteur d'hospitalisation et secteur de rééducation (Médecins, IDE, AS, MK) ;

- Insatisfaction concernant les modalités de transmissions écrites et orales entre les AS, les IDE et les médecins (Chacun a ses fiches, plusieurs outils complémentaires au dossier du patient pour prendre les transmissions et planifier les soins (même si toutes les informations sont ensuite reportées sur le dossier du patient) ;
- Essayer de trouver des règles communes pour éviter les interruptions et les distractions (téléphone, mais également bruits, interpellations) lorsque l'un d'entre nous est concentré sur une tâche ;
- Plus généralement, pas de rencontre pour discuter des dossiers et adopter une stratégie commune de prise en charge : staff, outil de débriefing hebdomadaire ?

➤ Le leadership

Des réunions pluridisciplinaires ont eu lieu pour nommer les leaders.

Les outils proposés par la HAS ont été exploités en Juin 2014.

Les 4 leaders retenus dans le cadre de l'expérimentation ont des valeurs orientées vers une approche centrée sur le patient, étant tous des soignants.

Notre avis :

Le binôme estime les outils peu intéressants (power point, diagnostic des pratiques, auto évaluation du leadership) ; pense qu'ils ne sont pas adaptés à notre milieu et craint qu'il est « embrouillé » les équipes, notamment en reprenant les orientations du diagnostic après le CRM en se détachant de l'objectif initial.

Synthèse de nos résultats :

Quatre leaders ont été désignés : 2 médecins, 1 masseur kinésithérapeute et 1 IDE.

Il a été nécessaire de préciser les rôles, les circuits d'information et de décision, et les modalités de communication et transmissions d'infos (ne pas oublier certains membres de l'équipe, que les leaders partagent les mêmes valeurs etc.).

Le problème s'est ensuite posé de la défection des leaders lorsqu'ils ont quitté l'établissement et ont rencontrés des problèmes de santé. 4 mois après il ne restait plus qu'un leader sur les 4. Le leader encore présent est un professionnel en exercice libéral qui n'intervient pas à temps plein sur l'établissement.

➤ Analyse de la problématique

L'analyse de la problématique, reprise sur l'outil proposé a permis de faire un point d'étape entre le binôme et le facilitateur au cours de l'été 2014.

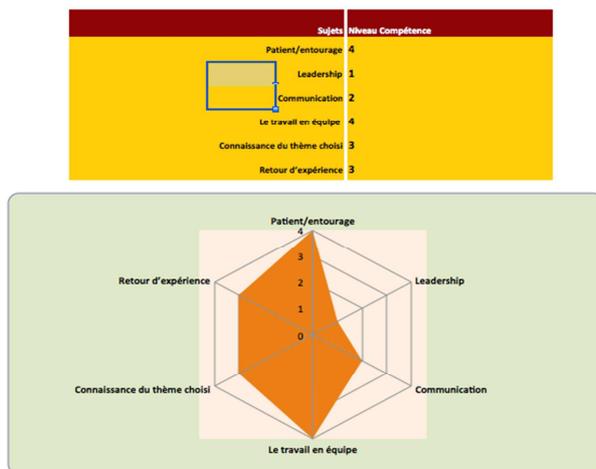
Notre avis :

Équipe trop nombreuse pour le faire ensemble. Le document Excel d'analyse a été rempli par 4 personnes de l'équipe (le binôme et 2 autres membres).

Synthèse de nos résultats :

L'outil permet la présentation graphique ci-après :

Figure 18 - 3



➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Mettre en place les staffs pluri disciplinaires et proposer les PPS pour améliorer la qualité de la sortie afin d'éviter les ré hospitalisations.

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Renforcement de la dynamique d'équipe (outils de briefing/débriefing et mise en place de staffs pluridisciplinaires pour formaliser les projets personnalisés de soins)	<p>Octobre à décembre 2014 : Reformulation du projet personnalisé de soins et accompagnement de la phase d'appropriation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initialisation et formation aux outils : briefing et débriefing pour l'animation des points de partage sur l'équipe (ajustement des objectifs et des stratégies de prise en charge des patient) - Initialisation et formation des équipes à l'outil Teach back : <ul style="list-style-type: none"> - liste des situations de patient qui nécessitent l'utilisation de l'outil Teach back - Liste des mots et expression à reformuler
<p>Améliorer la communication en équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des outils de transmissions • Participation de toutes les catégories professionnelles 	<p>01/2015 à juin 2015-10-10</p> <p>Les indicateurs retenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'EI liés aux dysfonctionnements des transmissions, d'EI analysés - Satisfaction de l'équipe par rapport aux outils de transmissions - Satisfaction de l'équipe par rapport au projet PACTE - Taux de briefing et de débriefing et Taux de personnels formés <p>Institutionnalisation des staffs pluridisciplinaires : Diffusion de la procédure PEC 6.43 PR3 « Coordination entre équipes médicales et paramédicales »</p>
Obtenir l'adhésion du patient et de sa famille pour le projet de sortie	Mise en place des PPS 2ème semestre 2015 Mise en place du Teach back 2ème semestre 2015

b) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape de mise en œuvre et de suivi

➤ Faire Dire

L'outil est en cours d'exploitation. Le nouvel outil « faire Dire » est considéré par le binôme comme beaucoup plus simple.

➤ Implication du patient

Tous les patients sont vus le jour même de leur entrée par le médecin et l'IDE du service.
Le patient reçoit toutes les infos et explications nécessaires au bon déroulement de son séjour.

Synthèse de nos résultats :

La mise en place des staffs permet de progresser dans la coordination de l'ensemble des professionnels pour ce qui est dit du recueilli comme information.

➤ Matrice de SHORTELL

Notre avis :

Dans un premier temps, le binôme et le facilitateur ont réalisé un test sur la première version de l'outil. Test qui permet de souligner l'intérêt de l'outil pour mesurer la maturité de l'équipe mais également les difficultés rencontrées pour son appropriation.

L'exercice a été renouvelé par le binôme et permet une première mesure sur la base des retours d'expérience sur 3 événements

Synthèse de nos résultats :

Figure 18 - 4

SHORTEL Du 1er Juillet 2015				
Méthode: La Cellule Assurance Qualité prépare des cas sur la base des signalement reçus et traités dans une période retenue. Période: 1er trimestre 2015. Soit du 1er janvier au 31 mars 2015				
Les 3 Evénements indésirables retenus: EI 1 : Circuit du médicament (EI n° 27 IMM) EI 2 : Agressivité des patients/familles (EI n° 64 IMM) EI 3: Dysfonctionnement - Problème laboratoire (EI n° 13 IMM)				
Evènement indésirable n° 1 - Circuit du médicament				
AXES	Stratégique	Technique	Structurel	Culturel
1				
2				
3				
4			Structure de gestion de la sécurité connue	
5	Qualité/sécurité valeurs "socles"	Outil utiliserelevant de la récupération des erreurs		Culture proactive, modèle solidaire
Evènement indésirable n°2 - Agressivité des patients/familles				
AXES	Stratégique	Technique	Structurel	Culturel
1				
2				
3				
4	La solidarité entre professionnels est une valeur socle			Les évènements sont signalés et connus de tous. Les personnes qui signalent sont valorisées
5		Les professionnels ont des comportements qui profitent à la sécurité	La parole de chacun a la même valeur, quel que soit le métier - REX	
Evènement indésirable n°3 - Problème laboratoire				
AXES	Stratégique	Technique	Structurel	Culturel
1				
2	Difficulté de fonctionnement considérée comme liée à des personnes			
3				
4		Outils maîtrisés et partagés (réactivité pour comprendre l'évènement et trouver une solution)	Structure de gestion de la qualité connue (Déclaration et diffusion de l'évènement)	L'équipe s'approprie le résultat des indicateurs et se sent concernée
5				

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
<i>Formaliser la prise en charge pour la coordination de l'ensemble des intervenants auprès du patient et de son entourage</i>			
Mise en place PPS	En cours	La formalisation actuelle ne se fait plus sur les documents initialement	NBR de patient retournant à domicile ayant bénéficié d'un PPS
Mise en place Teach back	En cours	L'adaptation de l'outil sur la base du nouveau guide 3 dire est en cours	NBR de PPS ayant bénéficié d'un Teach back
<i>Améliorer la communication entre les professionnels au bénéfice du projet personnalisé du patient</i>			
Mise en place de staff de rééducation et de réadaptation en kinésithérapie	En place,	15 minutes par staff fonctionnement satisfaisant Participation des médecins, des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers	Répartition et planification hebdomadaire des staffs, réalisés au niveau du plateau technique, 2 fois, pour chacune des 5 unités, soit le matin, soit l'après-midi
Mise en place de staff de rééducation et de réadaptation en service d'hospitalisation	En place	1 heure par staff hebdomadaire par unité Participation selon la nécessité des médecins, internes, infirmiers, aides-soignants, assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, pharmacien, psychomotricienne et diététicienne	Répartition et planification hebdomadaire du staff, réalisé au sein de chaque unités, pour chacune des 5 unités
Mise en place de staff en soins palliatifs	En place	Participation des médecins, des internes, du psychologue Échange sur les questions éthiques, les procédures collégiales et les pratiques professionnelles	Réunion hebdomadaire le mardi à 11h30 Traçabilité en temps utile dans le dossier du patient sur le formulaire prévu à cet effet

14. L'équipe de réanimation polyvalente de l'adulte de la clinique de La Casamance à Aubagne

A. L'établissement et l'équipe engagés



L'hôpital privé La Casamance est un établissement de santé privé à but lucratif situé à Aubagne.

- D'une capacité totale de 211 lits et 23 places en MCO, 71 lits et 16 places en SSR
- L'établissement est organisé en 8 pôles d'activité dont :
 - ▶ La cardiologie médicale et interventionnelle dont 8 lits d'USIC
 - ▶ La chirurgie de spécialités dont l'accueil des urgences, 12 salles de bloc opératoire, la réanimation adulte, l'unité de soins continus
 - ▶ La médecine de spécialités
 - ▶ La médecine d'urgence
 - ▶ La périnatalité
 - ▶ Les soins de suite et de réadaptation
 - ▶ Le pôle diagnostic et le pôle des services associés

L'équipe de réanimation polyvalente engagée dans le programme est composée de 35 professionnels :

- 2 anesthésistes réanimateurs sur 5
- 33 infirmiers
- 1 cadre de santé
- 17 aides soignants
- 1 responsable qualité

L'engagement de l'établissement

Volonté de la Direction et de la CME de promouvoir des méthodes et outils autour du travail en équipe et de la culture positive de l'erreur. L'appel à candidature a été saisi comme une opportunité pour inciter à l'analyse collective pluri professionnelle des événements indésirables et de poursuivre les actions de sensibilisation des professionnels et des usagers (bulletins d'information, forum qualité et gestion des risques).

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Améliorer la prise en compte des EI pour faire évoluer l'organisation au bénéfice de la qualité des soins lors de la prise en charge du patient au cours de son hospitalisation en réanimation.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

Augmenter le nombre de déclaration d'EIAS et leur analyse en améliorant la communication dans l'équipe.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Au démarrage de l'expérimentation, équipe para médicale composée d'un grand nombre d'agents nouveaux dans le service. Besoin d'une homogénéité dans les soins pour optimiser la prise en charge du patient.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

La culture de la sécurité :

L'enquête sur la culture de la sécurité a été réalisée en juin 2014. 37 réponses sur les 38 questionnaires distribués étaient intégralement complétées

Notre avis :

La réalisation de l'enquête s'est déroulée selon la méthodologie proposée, sans difficulté.

Synthèse de nos résultats :

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat.

Figure 19 - 1 :

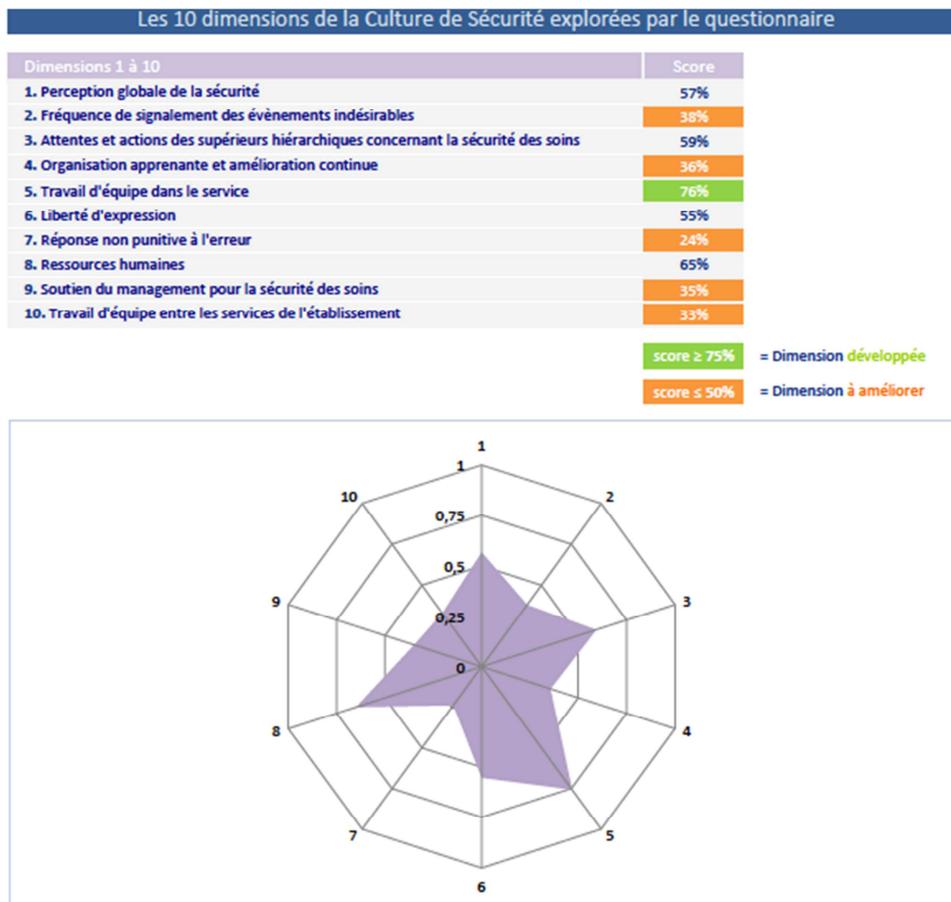
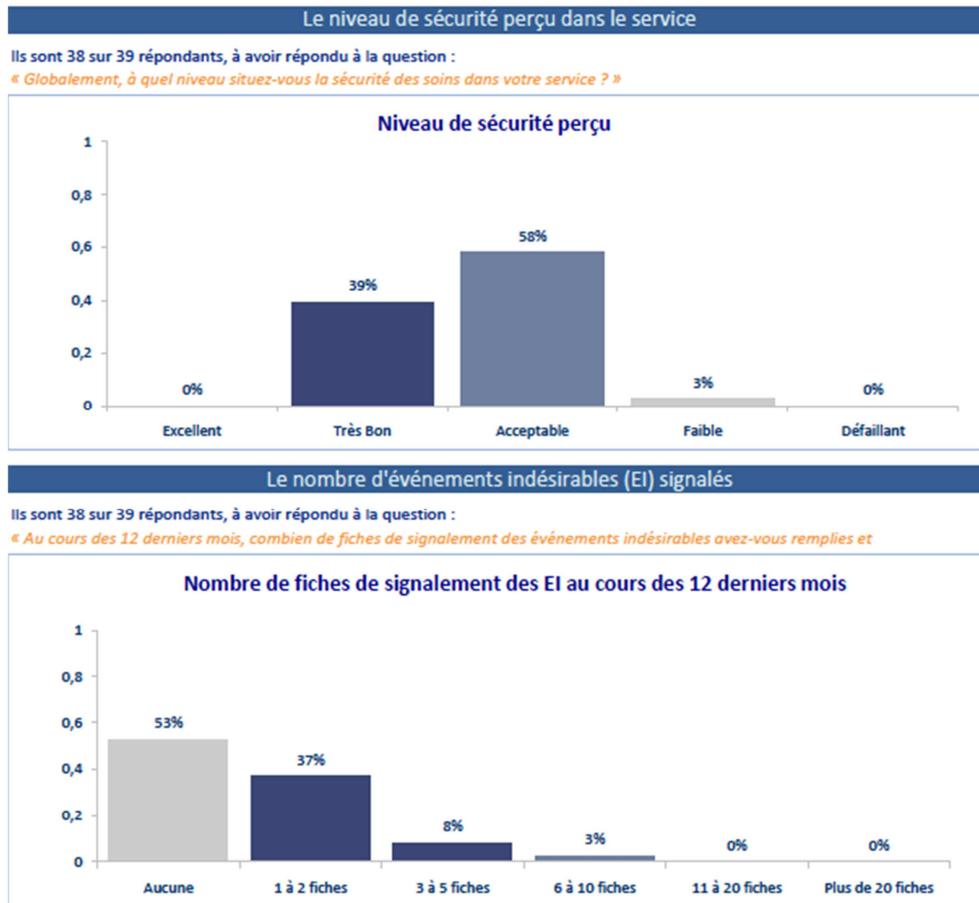


Figure 19-2



► Le CRM Santé

Deux séances ont été nécessaires et ont associés les 2 médecins réanimateurs, 22 infirmiers sur 33, 11 aides-soignants sur 17, le cadre de santé, la responsable qualité.

Les professionnels ont formés deux groupes pluridisciplinaires, respectivement de 18 personnes pour le 1^{er} CRM animé le 23 mai 2014 et de 19 personnes pour le second CRM animé le 24 septembre.

Notre avis :

Les 2 CRM ont permis une prise de conscience de ce que pourrait apporter le signalement des EI. Et le nombre de signalement oral a progressé de façon significative ensuite.

Dans l'organisation initiale, il n'était pas prévu plus d'un CRM. Le second a été demandé par l'équipe et les difficultés rencontrées pour mobiliser l'équipe durant la période de vacances scolaire expliquent le délai qui, a posteriori, nous semble trop important.

Les deux séances se sont déroulées conformément aux modalités prévues.

Synthèse de nos résultats :

En fin du second CRM, les conclusions du 1^{er} groupe ont été présentées.

Les points sur lesquels un axe d'amélioration est souhaité par tous sont les suivants :

- ▶ Communication :
 - avoir un référentiel accessible pour tous les nouveaux arrivants afin de sécuriser leur prise de poste.
 - avoir des protocoles pour les nouveaux arrivants mais aussi pour harmoniser et sécuriser les pratiques au quotidien
- ▶ Relation avec les familles et place du patient :
 - harmoniser les consignes pour les visites entre les médecins ; veiller à ce que les familles puissent rencontrer le réanimateur chaque jour comme il est annoncé ;
 - savoir mieux gérer l'agressivité des familles.
 - peut-être étendre les heures de visites pour associer les familles mais aussi pour qu'elles se rendent compte du travail. (Jusqu'à étendre sur les 24heures ?)
 - mais aussi mieux tracer ce qui a été dit au patient ou à sa famille par qui et comment (y compris la réaction du patient ou de sa famille)
 - penser aux patients éveillés qui s'ennuient : quelle proposition possible : la télévision, de la musique?
- ▶ Avoir une « Major de soins » référence pour tous et soutien pour les familles, les relations entre au sein de l'équipe
- ▶ 1 chef différent chaque semaine, en fonction du médecin : devoir s'adapter demande un effort et le stress est le plus souvent géré par la plaisanterie, en fonction de l'équipe
- ▶ Se préparer mutuellement le café
- ▶ L'équipe fonctionne beaucoup à l'émotion. Pour être intégré il faut faire ses preuves.
- ▶ Avoir un staff régulier, pluri-professionnel pour échanger sur les patients mais aussi sur le fonctionnement de l'équipe, les événements indésirables,...

➤ Le leadership

La réflexion sur le leadership a été réalisée en octobre 2014

Notre avis :

L'équipe a désigné l'une des infirmières du service comme leader. Au cours des mois suivant, le positionnement de ce leader dans l'équipe a contribué à faire évoluer son poste. Depuis, elle a été nommée adjointe du cadre du service.

Ce changement de statut n'a en rien modifié le projet ni le comportement de l'équipe.

➤ Analyse de la problématique

L'analyse de la problématique, reprise sur l'outil proposé a permis de faire un point d'étape entre le leader identifié dans l'équipe, le binôme et le facilitateur.

L'ensemble des éléments du diagnostic a permis de préciser les objectifs pour la suite du programme.

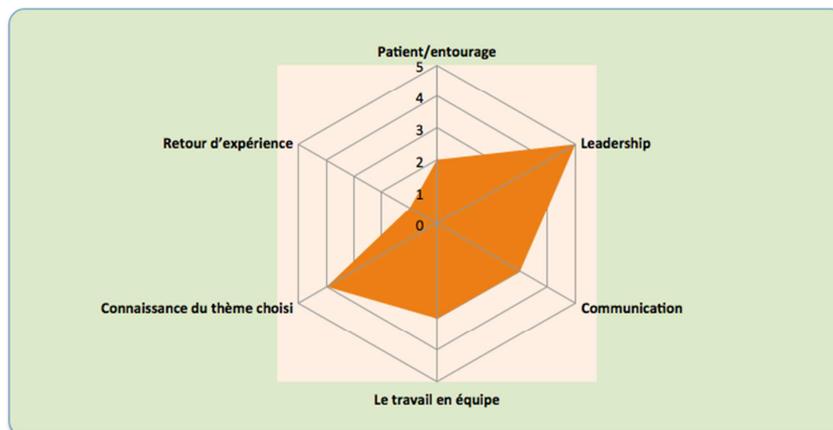
Cela a été l'occasion d'insister sur la motivation des équipes à la suite des CRM pour que les problèmes soulevés soient pris en compte. La progression du signalement s'accompagnait encore malgré tout de la crainte de la délation.

Synthèse de nos résultats :

Ainsi, les niveaux de compétence de l'équipe ont été revalidés sur chacun des 6 domaines évalués au cours de la phase diagnostic. L'outil permet la présentation graphique ci-après :

Figure 19 - 3

Sujets	Niveau Compétence
Patient/entourage	2
Leadership	5
Communication	3
Le travail en équipe	3
Connaissance du thème choisi	4
Retour d'expérience	1



➤ **Reformulation définitive de la thématique de travail**

Le projet initial a été confirmé : **Améliorer la prise en compte des EI pour faire évoluer l'organisation au bénéfice de la qualité des soins lors de la prise en charge du patient au cours de son hospitalisation en réanimation.**

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
<p>Augmenter le nombre de déclaration d'EIAS et leur analyse en améliorant la communication dans l'équipe.</p>	<p>Réunion hebdomadaire du groupe présent en milieu de semaine : 1 médecin réanimateur + équipe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nommer 1 responsable par groupe pour animer la réunion et formaliser le compte rendu (sur la base de supports harmonisés) 2. Inventaire des situations ayant entraîné des difficultés dans la prise en charge du patient sur la semaine. (insatisfactions vécues, problèmes ressentis par le personnel et les médecins de jour comme de nuit, complications inattendues pour le patient, sentiment d'insécurité ou de retard dans la prise en charge d'un patient). Sujets ayant été traités ou non en briefing et ou débriefing <p>Méthode préconisée pour préparer individuellement le bon fonctionnement du groupe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place d'un briefing et débriefing quotidien animés par un leader ou la personne désignée le week-end pour l'animer (à partir du 15 novembre 2014) 2. chacun note sur une feuille de papier, de manière anonyme et en termes brefs et concrets, la situation qu'il souhaite soumettre au groupe. L'animateur note tous les points sur un tableau blanc et anime le retour d'expérience (facultatif) 3. Retour d'expérience : <ol style="list-style-type: none"> a. « en quoi l'équipe a-t-elle fonctionné ? » b. « en quoi l'équipe n'a pas fonctionné ? » c. Quelles en sont les causes ? d. Quelles sont les actions correctives qui pourraient être mises en œuvre ? e. En avons-nous les moyens ? En avons-nous la volonté ? 4. Analyse des fiches de briefing et débriefing de la semaine écoulée 5. Collecte des points forts et des axes d'amélioration 6. Validation du compte rendu par l'équipe en fin de réunion 7. Évaluation avec l'outil HAS de la portée des outils : avec l'équipe présente, en mars, juin, novembre 2015
<p>Progresser dans la communication avec les familles et élargir les heures de visites</p>	<p>Tracer systématiquement le refus des familles d'entendre les explications données.</p> <p>Accueil médical des familles le soir mis en place en septembre 2014</p>
<p>Faciliter l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants</p>	<p>Élaboration d'un livret d'accueil soignant (notamment pour intégrer les habitudes des réanimateurs pour la mise en œuvre des protocoles de soins)</p>

b) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape de mise en œuvre et de suivi

➤ Le briefing

Réalisation d'un briefing chaque matin.

Notre avis :

Cahier de liaison mis en place avec compte rendu des réunions pour un relai des équipes.

Synthèse de nos résultats :

Que du positif concernant le briefing du matin avec une participation maximale des personnes présentes.

➤ Le débriefing

Le débriefing est réalisé pour chaque prise en charge de patient ayant induit un stress ou une difficulté à l'équipe (décès, aggravation brutale, organisation pour transport d'un patient hors de réa dans le cadre d'un examen).

Notre avis :

Retours toujours positifs mais nous observons une grosse divergence d'évaluation de l'efficacité en fonction des réanimateurs présents.

Synthèse de nos résultats :

La mise en œuvre de ces outils a débuté en novembre 2014 et s'est poursuivi jusqu'en mai 2015.

Nous sommes ensuite entrés dans la période de certification V2014. Ce rendez-vous quotidien s'est transformé en un temps de transmission d'informations concernant la certification.

➤ Gestion des risques

Notre avis :

La démarche a renforcé la réflexion sur nos pratiques en terme de maîtrise du risque infectieux, et optimiser le parcours du patient dans sa prise en charge et l'accueil des familles.

Synthèse de nos résultats :

Mise en place d'une fiche de traçabilité de montage et désinfection des blocs expiratoires

Affichage d'un pictogramme à l'entrée du service (règles d'asepsie à respecter pour les visiteurs)

Mise en place de nouveau matériel : système clos d'aspiration.

Nouveau matériel : respirateur de transport.

Procédure dans le cadre d'une entrée d'un patient effectuée en binôme (IDE/ ASQ)

Amélioration des UMP (remise à jour de l'affichage des différentes protections)

Élaboration d'un livret d'accueil du service.

Mise en place d'un accueil des familles (aux heures de visite) Un binôme soignant prend en charge les familles à leur arrivée.

Élaboration d'un questionnaire de satisfaction.

➤ Implication du patient

Notre avis :

Quasi impossibilité d'implication des patients vu la typologie des patients de l'Unité concernée.

Dans notre secteur d'activité, la communication avec le patient étant souvent altérée, il nous a semblé important d'inclure la famille dans le cadre de cette prise en charge. Toutes les actions d'amélioration ont été dans ce sens.

➤ Enquête de satisfaction Pacte

Notre avis :

Les actions réalisées depuis le lancement du programme ont permis d'uniformiser une grande partie de nos pratiques malgré la diversité d'opinions des 5 Réanimateurs responsables, à tour de rôle chaque semaine, de l'Unité de réanimation. L'enquête tel que proposée dans le programme est prévue en fin d'année.

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions		
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel Méthode de suivi dont les indicateurs
<i>Augmenter le nombre de déclaration d'EIAS et leur analyse en améliorant la communication dans l'équipe.</i>		
<i>Un recueil des EI plus formel avec la mise en place de briefing quotidien qui va débuter en novembre 2014</i>		<i>Communication permanente dans un espace clos qui a des avantages mais qui ne permet pas de stabiliser l'organisation qui est adaptée à chaque changement de réanimateur</i> <i>Par exemple, face à un évènement indésirable sur un défaut d'identification de drain, un CREX a permis de modifier l'organisation.</i>
<i>Accompagnement méthodologique de la responsable qualité pour améliorer le déroulement des RMM</i>		
<i>Suivi du programme Toutes les 5 semaines, Réunion du binôme et des leaders pour le suivi du projet:</i> <i>1. Synthèse des 4 semaines précédentes</i> <i>2. Ajustement des objectifs</i> <i>3. Ajustement du plan d'actions et point d'étape avec le facilitateur du projet Pacte</i> <i>1. Outils utilisés au cours du mois</i> <i>2. Difficultés rencontrées</i> <i>3. Ajustement sur les outils proposés à la HAS</i> <i>4. Avancement du projet pour l'équipe</i>		<i>Recueil des indicateurs</i> <i>1. Evolution du nombre de signalement</i> <i>2. Pourcentage de signalement qui ont été analysés en équipe et ont donné lieu à des actions d'amélioration</i> <i>3. Evolution de la perception des outils briefing et débriefing</i>

➤ Notre bilan provisoire

► Points positifs :

- Équipe plus impliquée dans la qualité des soins et l'identification des EI (même si le nombre de déclarations EI reste insuffisant)

► Points négatifs et freins à la démarche :

- Arrêt des briefings/ débriefings : après la visite de certification, relayée par les congés d'été : difficulté de remettre cela en route avec les médecins ;
- 5 médecins avec des approches différentes (pas d'implication car ne se sentant pas concerné par l'expérimentation) ;
- Pas d'équipe para médicale dédiée à la réanimation (en effet toutes les 6 semaines, le personnel est renouvelé en totalité sur l'unité par roulement avec l'USIC, donc pas de suivi).

15. Les équipes du Centre Hospitalier Universitaire de Nice

A. L'établissement et l'équipe engagés



Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice est un établissement de santé public

- Une capacité totale de 1822 lits et 166 places répartis sur plusieurs sites et types de prise en charge dont :
 - ▶ Le MCO
 - ▶ La Santé mentale
 - ▶ Les soins de suite et de réadaptation
 - ▶ Les soins de longue durée
 - ▶ Un EHPAD
- Le CHU est organisé sur 16 pôles d'activité clinique et médico-technique

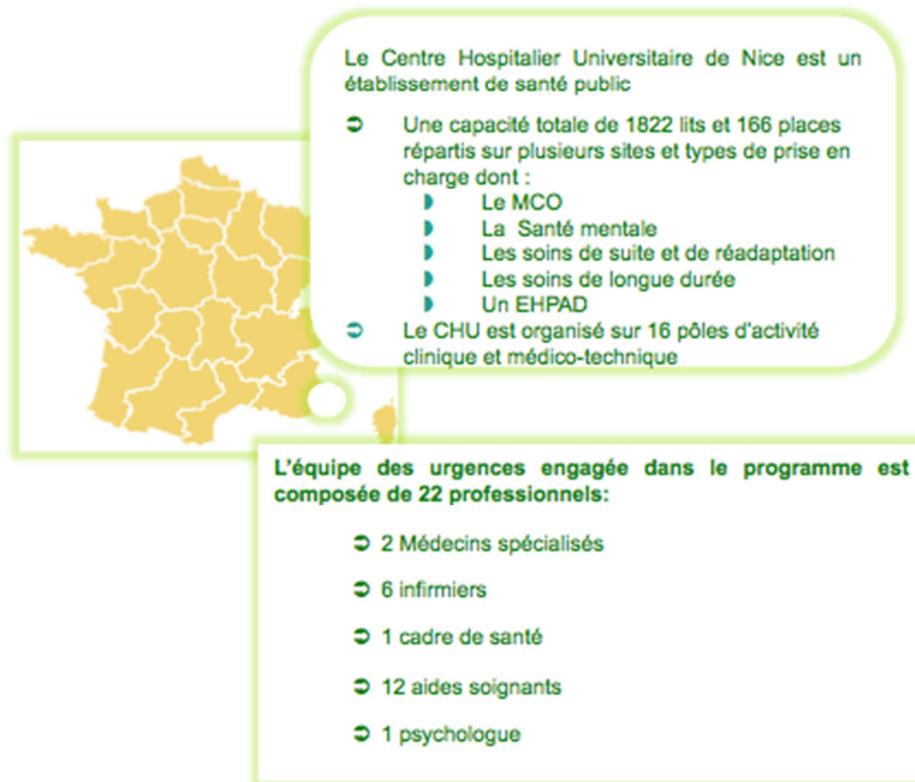
Trois équipes sont engagées dans le programme :

- L'équipe de réanimation, sur le site de l'hôpital PASTEUR
- L'équipe du centre de dialyse, sur le site de l'hôpital PASTEUR 2
- L'équipe du service des urgences, sur le site de l'hôpital PASTEUR 2

L'engagement de l'établissement

L'engagement de la Direction a été immédiat suite à l'information donnée par la HAS. Un appel à volontariat s'en est suivi pour la candidature des équipes.

► L'équipe des urgences



B. Descriptif du projet de l'équipe

► Le projet

Travail en équipe, sécurité du patient, simulation

► Les objectifs initiaux de l'équipe

Améliorer la prise en charge des urgences vitales dans les unités d'hospitalisation du pôle urgences

► Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Développer les soins relationnels aux urgences : meilleur accueil des patients et des familles et meilleure information ...

Améliorer les compétences non techniques : communication entre professionnels de santé, gestion des conflits, etc.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

► La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en mai 2014 (questionnaire en ligne via le blog dédié).

Notre avis :

Support d'échange et implication des personnels – État des lieux initial

Synthèse de nos résultats :

3 axes d'amélioration ressortent de l'enquête culture sécurité :

- ▶ La gestion des EI ;
- ▶ La réponse non punitive à l'erreur ;
- ▶ La coordination avec les autres services.

Le CRM Santé

2 séances ont été réalisées le 3 juillet 2014 avec l'équipe Pacte pluridisciplinaire.

1 séance a été réalisée le 18 juin 2015 avec l'équipe d'encadrement médical et soignant du pôle (faible participation).

Synthèse de nos résultats :

La première séance en juin a eu peu d'impact car faible participation de l'encadrement

Les séances du mois de juillet ont permis de dégager les 4 axes de travail :

- ▶ La gestion des personnels et des flux ;
- ▶ La valorisation des personnels ;
- ▶ la place du patient et de l'entourage ;
- ▶ Le débriefing après les situations de crise.

➤ Le leadership

La « Fiche leadership » a été diffusée aux professionnels participant à Pacte. Chacun a suivi le cours en e-learning.

Les questions sur le leadership sont intégrées dans le questionnaire de la perception du travail en équipe (Traduit et adapté de TeamStepps) que nous utilisons.

Notre avis :

Questionnaires leadership non utilisés (ne nous paraissent pas clairs et peu exploitables).

Synthèse de nos résultats :

Pas de résultat pour les questionnaires (non utilisés). Le CRM santé 2^{ème} session avec l'encadrement prévue pour travailler sur le leadership mais sans succès compte tenu de la faible participation de l'encadrement médical et soignant donc aucun axe de progrès validé en équipe n'a été identifié.

➤ Analyse de la problématique

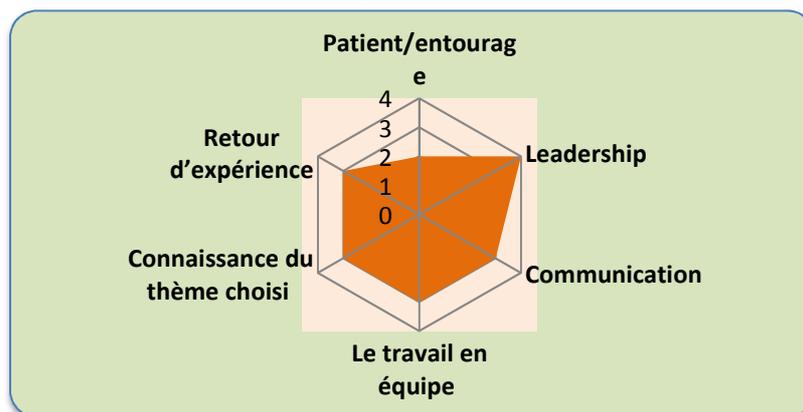
1 réunion le 8 juillet (conviviale autour d'un repas) présentation des résultats + analyse + dégagement des problématiques et des axes d'amélioration.

Notre avis :

Outil de synthèse rempli (modèle diagnostic) mais intérêt limité

Synthèse de nos résultats :

Figure 20.1 :



➤ Outils de mesure de l'anxiété et du burnout

L'équipe a utilisé une échelle d'autoévaluation pour mesurer l'anxiété générale de Spielberger, (la State Trait Anxiety Inventory (STAI)) et un outil de mesure du Burn out de Christian Maslach, la Maslach Burnout Inventory (MBI)

14 mai 2014 (questionnaires en ligne via le blog dédié)

Notre avis :

Supports d'échange et implication des personnels pour établir un état des lieux initial ;

Intérêt moindre que les autres questionnaires ;

MBI fait apparaître quelques personnels en souffrance.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Améliorer la prise en charge des urgences vitales dans les unités d'hospitalisation du pôle urgences et développer les compétences non techniques de l'équipe.

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Favoriser la valorisation et la reconnaissance du travail des agents	Présence effective d'un cadre infirmier sur le terrain (octobre 2014 – abandonné en novembre 2014 en raison de la restructuration de l'équipe d'encadrement) Intégration de la thématique durant les séances de simulation
Améliorer la communication au sein des équipes et avec les patients	Toutes les séances de simulation ont travaillé la communication. 1 séance dédiée à l'annonce du diagnostic avec la participation de représentants des usagers (utilisation du Teach back)
Lever les résistances à la déclaration des événements indésirables	Sensibilisation et formation à l'utilisation de l'outil de déclaration institutionnelle. Analyses ALARM et RMM

b) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape de mise en œuvre et de suivi

➤ Le briefing, le débriefing, Faire Dire

Ces trois outils ont été utilisés en simulation (« formation » à l'outil puis utilisation en séance de simulation).

➤ Saed

L'outil Saed est intégré dans l'affiche institutionnelle « Urgences vitales ». Non utilisé dans le cadre du projet Pacte mais intégré dans la procédure de gestion des urgences vitales (processus dont le pôle urgences est pilote).

➤ Gestion des risques

Utilisation des outils institutionnels de l'établissement (charte d'incitation à la déclaration – formation à l'outil de déclaration – formation aux méthodes et outils de traitement des EIG).

Notre avis :

Non utilisation des fiches Pacte car elles font doublon avec les outils institutionnels.

➤ Implication du patient

Une séance de simulation axée sur l'information au patient et sa participation.

➤ Simulation

18/10/2014 simulation arrêt cardio-respiratoire arrêt cardio-respiratoire

12/12/2014 simulation de situations de stress

11/02/2015 simulation information patient (teach back)

Synthèse de nos résultats :

Contribution pour l'amélioration de la gestion des risques en équipe :

- ▶ Reconstitution d'évènements indésirables, enseignements et identification de solutions adaptées au contexte ;
- ▶ Identification des points critiques dans l'environnement habituel ;
- ▶ Capacité à faire face à des situations exceptionnelles.

Contribution pour la gestion des comportements individuels et collectifs (travail sur les facteurs humains non techniques)

- ▶ Mise en situation professionnelle ;
- ▶ Entraînement à la communication .

Travail en équipe permettant d'apprendre ensemble.

➤ Suivi du plan d'action

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
<i>Favoriser la valorisation et la reconnaissance du travail des agents</i>			
Nouvelle répartition des tâches de l'encadrement soignant avec présence d'un cadre sur le terrain à partir d'octobre 2014	Non réalisé	Restructuration de l'équipe d'encadrement en novembre 2014. L'action va être relancée en novembre 2015	
CRM santé pour l'encadrement (juillet 2015)	Réalisé	Faible taux de participation de l'encadrement médico-soignant	
<i>Améliorer la communication au sein de l'équipe et avec les patients</i>			
Pendant les séances de simulation : analyse de la communication + exercices de briefing débriefing + 1 séance de simulation axée sur l'annonce du diagnostic avec présence de représentants d'usagers et utilisation de l'outil Teach-Back	Réalisé entre octobre 2014 et février 2015	3 séances de simulation « Pacte » réalisées	Résultats enquête de satisfaction Pacte Nombre de séances réalisées Résultats questionnaires « culture sécurité » et « QPTE »
<i>Développer une culture de déclaration des événements indésirables</i>			
Actions de sensibilisation par les référents qualité du pôle	Réalisé	Participation de 125 professionnels	Nombre de professionnels participant aux réunions de sensibilisation Évolution du nombre d'EI déclarés

► L'équipe de réanimation médicale



Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice est un établissement de santé public

- Une capacité totale de 1822 lits et 166 places répartis sur plusieurs sites et types de prise en charge dont :
 - Le MCO
 - La Santé mentale
 - Les soins de suite et de réadaptation
 - Les soins de longue durée
 - Un EHPAD
- Le CHU est organisé sur 16 pôles d'activité clinique et médico-technique

L'équipe de Réanimation engagée dans le programme est composée de 15 professionnels:

- 2 médecins réanimateurs
- 8 infirmiers
- 1 cadre de santé
- 2 aides soignants
- 2 pharmaciens

B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Sécurisation de la prise en charge du patient à travers l'outil informatique utilisé dans le service.

Processus : prise en charge médicamenteuse du patient et traçabilité des soins (prescription + réalisation)

Dans la mesure où la prescription informatisée était en place depuis 1 an, le service voulait identifier et traiter les risques émergents liés à ces nouvelles pratiques.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

- Améliorer la conformité entre la prescription informatisée et la réalisation des soins : en sécurisant la prescription (3 volets : formation à l'outil, évolution de l'outil, pallier aux zones à risques non couvertes par l'outil).
- Inciter au repérage, au signalement et au traitement des événements indésirables liés à la prescription.

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Prise en charge des patients présentant des détresses vitales.

Amélioration de qualité de la prise en charge globale des différents acteurs : patients, soignants, famille.

Valeurs issues de la charte du service : respect de tous les acteurs, rigueur dans la prise en charge, cohésion, bienveillance.

B. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

➤ La culture de la sécurité :

L'enquête avait été réalisée en septembre 2013 (avant le lancement du projet Pacte). Les résultats ont été repris de nouveau analysés en équipe en septembre 2014.

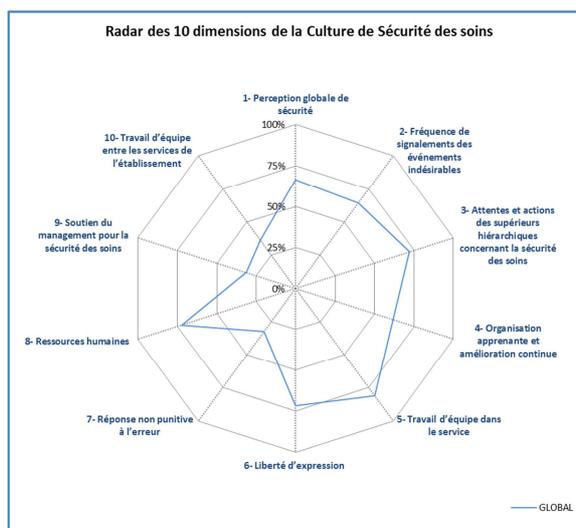
Notre avis :

- Support facile à utiliser.
- Outil intéressant pour la cartographie en 10 grands axes qui donne une vision assez précise et synthétique sur l'équipe.
- La présentation des résultats par fonction permet d'échanger sur les différences .
- Bon support pour ouvrir la discussion en équipe sur les freins au déploiement de la culture sécurité.

Synthèse de nos résultats :

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat :

Figure 21.1 :



L'enquête confirme des points positifs :

- travail en équipe, attente et action des supérieurs, ressources humaines

Des axes de progrès sont mis en évidence :

- réponse non punitive, soutien du management (direction), organisation apprenante, fréquence des signalements

Les résultats du questionnaire ont été repris thème par thème avec l'équipe en se posant toujours les trois mêmes questions :

- L'équipe est-elle d'accord avec les résultats ?
- Comment l'expliquez-vous ?
- Que dégagez-vous comme axe d'amélioration ?

➤ Le CRM Santé

2 séances ont été animées. La première en juillet 2014 (12 participants) et la seconde en juin 2015 (14 participants) soit 26 sur 37 personnes, l'aspect multi professionnel a été respecté.

Les 2 CRM Santé ont été animées par M. AMALBERTI.

Notre avis :

Difficulté à rendre disponible la totalité de l'équipe avec la nécessaire continuité des soins

- ▶ Intérêt de l'échange inter professionnel dans un lieu neutre.
- ▶ L'animateur arrive à pousser les professionnels dans la réflexion sur leurs interactions.
- ▶ Intérêt d'arriver à comprendre et à échanger sur les attentes des autres corps professionnels.

Synthèse de nos résultats :

Des points forts ont été mis en exergue :

- la liberté d'expression
- la cohésion de l'équipe

Des axes d'amélioration ont été retenus de façon consensuelle :

- ▶ Sur l'organisation générale :
 - valorisation et reconnaissance
 - binôme IDE /AS
- ▶ Sur la communication :
 - gestion des conflits
 - communication sur les stratégies médicales,

➤ Le leadership

L'outil n'a pas été utilisé.

L'autoévaluation du leader (fiche2) a été utilisée par le binôme. Les résultats n'ont pas été analysés en équipe et les autres outils n'ont pas été utilisés car l'axe leadership avait déjà été exploré dans le TeamSTEPPS.

➤ Analyse de la problématique

La fiche synthétique n'a pas été utilisée. L'utilisation de l'outil Excel « modèle diagnostic » a fait l'objet d'une réunion.

Pas d'analyse de processus mais cartographie des risques *a posteriori* (sur 3 semaines) et *a priori* avec calcul de la criticité sur 5 réunions.

Notre avis :

« Modèle diagnostic » (Excel) très compliqué à remplir dans la forme (car dimension des cases figée), on a l'impression de se répéter sur le fond car notre projet Pacte est en corrélation avec le dernier item sur les REX

Cet outil permet néanmoins de bien pointer les domaines qui sont à travailler et donc de choisir les thématiques de travail.

Synthèse de nos résultats :

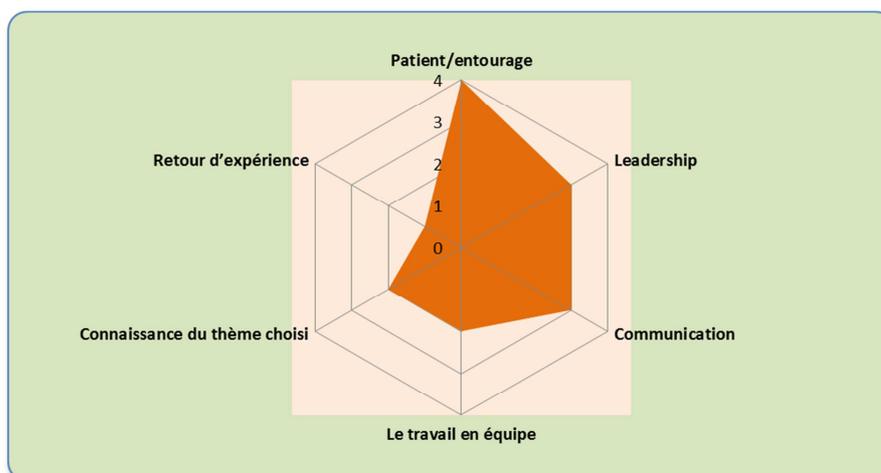
L'analyse permet de clarifier des points positifs :

- ▶ place du patient et de l'entourage, leadership, communication

Des axes de progrès ont été mis en évidence pour améliorer les pratiques collaboratives

- ▶ travail en équipe (soutien mutuel), connaissance de la problématique et retour d'expérience (déclaration et RMM)

Figure 21.2 :



➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Axe de travail sur l'équipe : promouvoir le travail en équipe, prévenir et gérer les conflits, valoriser les professionnels, gérer les risques en équipe

➤ Résumé du plan d'actions engagé

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Promouvoir le travail en équipe	Affichage des valeurs : élaboration d'une charte des soignants Intégration dans les fiches de poste d'un item sur la dynamique d'équipe
Prévenir et mieux gérer les conflits	Formalisation et affichage des règles de fonctionnement Mise en place de groupes de paroles Réunion d'équipe régulière
Valoriser les professionnels	Communication autour des réussites et du projet Pacte Valorisation et transfert des compétences par la participation active des soignants aux staffs, référents en soin Amélioration des transmissions IDE AS et participation des AS aux visites
Gérer les risques en équipe	Formation à la déclaration des événements indésirables Traitement en équipe des EI (RMM, ALARM, REMED) Projet clinique de Pacte

b) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape de mise en œuvre et de suivi

➤ Le briefing

Cet outil est déjà utilisé en routine dans le service au cours des staffs quotidiens.

➤ Le débriefing

Cet outil est déjà utilisé en routine dans le service au cours des staffs quotidiens.

➤ Saed

Outils diffusé auprès de l'ensemble de l'équipe et remis systématiquement aux nouveaux aux nouveaux agents pour leur permettre de structurer leur communication.

Notre avis :

Permet de mieux structurer la demande.

L'équipe connaît l'outil mais la présence permanente des médecins fait qu'ils connaissent bien les situations cliniques des malades et que la communication est aisée et efficace sans avoir à utiliser l'outil.

➤ Gestion des risques

REMED, ALARM, RMM, cartographie des risques *a posteriori* et *a priori* avec score de criticité.

Synthèse de nos résultats :

Apprentissage de l'échange positif autour de l'erreur, mise en place d'actions d'amélioration.

➤ Implication du patient

Non utilisé compte tenu de la spécificité de la situation clinique des patients.

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
<i>Promouvoir le travail en équipe</i>			
<i>Affichage des valeurs : élaboration d'une charte des soignants</i>	<i>Réalisé</i>	<i>Charte élaborée et affichée</i>	
<i>Intégration dans les fiches de poste d'un item sur la dynamique d'équipe et intégration du critère dans l'évaluation annuelle</i>	<i>Réalisé</i>	<i>Connaissance des valeurs par les professionnels Remis et commenté à tous les nouveaux agents</i>	<i>Critère sera abordé lors de l'évaluation annuelle 2015 À développer</i>
<i>Prévenir et mieux gérer les conflits</i>			
<i>Formalisation et affichage des règles de fonctionnement</i>	<i>Réalisé</i>	<i>Règles formalisées et affichées</i>	<i>Team steps (Fin de PACTE 2016)</i>
<i>Mise en place de groupes de paroles</i>	<i>Réalisé</i>	<i>organisé régulièrement par la</i>	<i>Taux de participation</i>

		<p>psychologue en dehors de la présence des cadres médicaux et soignants</p> <p>4 à 7 participants par séances</p> <p>Environ 1 séance par mois depuis mars 2014</p>	Nombre de séances réalisées
Réunion d'équipe régulière	Réalisé	<p>Staff fait tous les matins et de manière hebdomadaire pour synthétiser les situations cliniques et les problèmes</p> <p>Participation quasi systématique des IDE et plus sporadique des AS</p>	Taux de participation par fonction
Valoriser les professionnels			
Communication autour des réussites et du projet Pacte	En cours – déjà réalisé : Tableau affichage Pacte dans salle de détente	Mise à jour des informations et questionnements de l'équipe sur cet affichage	Mesure de l'impact par Team Stepps (Fin Pacte 2016)
Valorisation et transfert des compétences par la participation active des soignants aux staffs, référents en soin	En cours	Problématiques soignantes abordées pendant les staffs hebdomadaires et réussite de l'équipe valorisée	
Amélioration des transmissions IDE AS et participation des AS aux visites	En cours	Problématiques soignantes abordées dans environ ½ des staffs, pas assez tracé dans le cahier de compte rendu	
Gérer les risques en équipe			
Formation à la déclaration des évènements indésirables	Réalisé	Audit institutionnel sur la connaissance des outils	80% des agents
Traitement en équipe des EI (RMM, ALARM, REMED)	En cours		Nombre de ALARM - REMED et RMM
Projet clinique de Pacte	En cours	<p>Cartographie a posteriori faites en mai 2014</p> <p>Cartographie risque a priori faite en novembre 2014</p> <p>Mises en place d'actions préventives et correctives pour les risques les plus critiques.</p>	Bilan d'étape réalisé en mars 2015

<i>Audit par la pharmacie sur les interruptions de taches</i>	<i>En cours</i>		<i>Résultats en attente</i>
---	-----------------	--	-----------------------------

► L'équipe de dialyse



B. Descriptif du projet de l'équipe

➤ Le projet

Sécurisation des abords vasculaires en hémodialyse

Les abords vasculaires sont indispensables pour obtenir une dialyse adéquate et efficace afin d'assurer aux patients une réduction des morbi-mortalités et une meilleure qualité de vie. De ce fait, l'équipe est sensible à une prise en charge optimale dès leurs créations et durant toute l'étape de la vie des voies d'abords vasculaires. L'amélioration de la prise en charge des patients chroniques permet d'assurer un meilleur suivi de leurs abords vasculaires qui est le seul moyen de pouvoir optimiser leurs traitements.

➤ Les objectifs initiaux de l'équipe

Réduire le nombre de complications liées aux abords vasculaires (infections, thromboses, sténoses, diffusion, dysfonctionnement de cathéter).

➤ Les missions et valeurs affichées par l'équipe

Mission : Sécurisation maximale de la prise en charge des voies d'abord vasculaire

Vision : Préconisation d'une meilleure surveillance de l'abord vasculaire dès sa création. Identifier clairement des dysfonctionnements et leurs conséquences et impacts sur la morbi-mortalité.

Valeurs : La conservation de l'abord vasculaire est primordiale ; Une prise en charge globale de l'abord vasculaire avec l'imagerie médicale et la chirurgie vasculaire est un atout inestimable.

C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

a) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

La culture de la sécurité :

L'administration du questionnaire CLARTE fut réalisée au début du projet en Mai 2014.

Le questionnaire fut distribué à l'ensemble de l'équipe en version papier puis saisi informatiquement.

Notre avis :

Ce questionnaire permet de faire un état des lieux du service. Les résultats ont été exploités en équipe.

Synthèse de nos résultats :

Nous avons analysé en équipe la représentation graphique de ce premier résultat :

Figure 20-3 :

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	51%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	44%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	64%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	63%
5. Travail d'équipe dans le service	62%
6. Liberté d'expression	73%
7. Réponse non punitive à l'erreur	21%
8. Ressources humaines	41%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	24%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	27%

Analyse de ces résultats : le service dispose d'une bonne connaissance et liberté d'expression en ce qui concerne la gestion des risques malgré le peu de déclaration d'Événements Indésirables et la réticence à les faire. Pour cela, est mis en place un cahier de recueil des dysfonctionnements pour être un peu moins formel et que chacun puisse noter les EI du service sans pour autant être identifié, de peur d'une réponse « punitive de l'erreur » qui est de 21% et qui fait partie des points à améliorer. En ce qui concerne les points de 8 à 10, cela ne peut émaner que de l'institution. Il est difficile de le gérer directement en service.

➤ Le CRM Santé

Cette formation fut réalisée à deux reprises en Juillet 2014 avec l'équipe complète de Pacte et en Juin 2015 avec une partie de l'équipe ainsi que des membres hors équipe. Ces deux formations furent assurées par Mr ALMALBERTI.

Les professionnels présents étaient composés d'AS, IDE, Cadre, Interne, Médecin, Étudiant Qualité et Étudiant Infirmier.

Notre avis :

Cette formation permet d'avoir un bon regard du fonctionnement de l'équipe dans son ensemble. Cela permet d'identifier les points forts et ceux à améliorer notamment en ce qui concerne la cohésion de celle-ci et ses moyens de communications.

Synthèse de nos résultats :

Les problématiques qui ont émergées des différents groupes lors de la première formation en Juillet 2014 sont :

- ▶ Manque de cohésion au sein de l'équipe ;
- ▶ Manque de communication montante et descendante ;
- ▶ Manque de présence au sein du service (encadrement) ;
- ▶ Place du cadre dans l'équipe ;
- ▶ Valorisation des agents ;
- ▶ Dialogue fermé avec l'équipe médicale.

Le projet et l'axe de travail doit être tourné vers le patient ; le mettre au cœur de ces responsabilités.

- ▶ Mettre en avant les responsabilités individuelles de chacun dans le groupe. Avoir une culture de transparence réciproque en cas de conflits et faire appel à la capacité du groupe à s'organiser pour les gérer.

► Le leadership

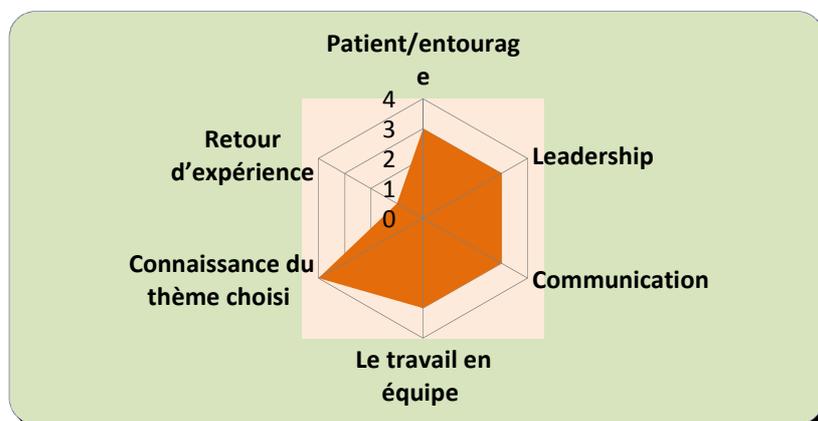
Outil testé avec l'équipe Pacte mais très difficile d'appropriation ; il nous a semblé difficile de faire passer le bon message.

► Analyse de la problématique

Réalisation du Modèle Diagnostique en version EXCEL (10/2014). Cette rédaction au décours de 3 réunions dont 1 avec l'équipe.

Synthèse de nos résultats :

Figure 20-4 :



Lors de la réalisation du Modèle Diagnostique le point fort qui en ressort est la connaissance du thème choisi, suivi de la bonne perception du travail en équipe, de la communication, du leadership au sein du service mais également la prise en charge du patient et de son entourage. Le point à améliorer dans le service est le retour d'expérience ; pour cela, nous souhaitons faire participer plus activement l'équipe dans les RMM et les Commissions Qualité de Pôle afin de faciliter le REX.

➤ Reformulation définitive de la thématique de travail

Le projet « clinique » : La sécurisation et l'optimisation de la prise en charge des abords vasculaires

➤ Résumé du plan d'actions engagé à l'issue de la phase de diagnostic

Nos objectifs	Les actions et le calendrier de réalisation
Augmenter les REX et assurer le suivi des EIAS	Implication des équipes dans les RMM pour faire augmenter les REX et réaliser le suivi des EIAS dans les réunions de QRE du pôle avec présentation d'un membre de l'équipe (en cours)
Communication informelle	Afin de réduire au maximum les communications informelles, il faut généraliser le passage d'information via la boîte mail du logiciel de dialyse (partiellement réalisé), affichage de l'information sur tableau d'affichage dans salle de pause (mis en place) et transmission des informations lors du staff du lundi matin (réalisation hebdomadaire)
Répartitions des tâches	Cette répartition doit être réalisée avec la modification des fiches de tâches et le déroulé sur la journée (en cours)
Coordination avec les autres services	Afin d'avoir une meilleure prise en charge des patients venant des services d'hospitalisation, il existe une fiche de transmission spécifique à la dialyse qui est transmise par certains services (relance pour l'utilisation plus générale) ; en ce qui concerne les patients en maison de retraite nous avons mis en place un cahier de liaison spécifique

b) Retour d'expérience sur la conduite de l'étape de mise en œuvre et de suivi

➤ Le briefing

Un briefing est réalisé tous les lundis matin dans le service pour faire le point sur la semaine passée et celle à venir (patient, actions du service).

Notre avis :

Technique utilisée pour faire passer des informations en étant le plus clair et précis dans un temps donné.

➤ Le débriefing

Méthode utilisée de façon aléatoire en fonction des événements et des besoins de chacun.

Notre avis :

Méthode qui permet de refaire le point sur des informations incomplètes ou manquantes pour mal comprises.

Synthèse de nos résultats :

Contribue à la formation

➤ Faire Dire (Teach Back)

Lors de l'intégration de nouveaux patients au sein du service et de l'apport d'informations supplémentaires.

Notre avis :

Démarche déjà existante au sein du service du fait de la spécificité.

➤ Saed

Difficulté d'appropriation en l'état.

Notre avis :

Reformulation au quotidien pour transmettre les bonnes informations que ce soit au niveau des patients comme au niveau de l'équipe.

➤ Gestion des risques

Augmentation de la déclaration des EI notamment grâce à la simplification de la démarche informatique par rapport au papier avec le logiciel Ennov Process.

➤ Implication du patient

L'implication du patient est réalisée au quotidien dans le service du fait de la chronicité de la pathologie et de l'éducation réalisée auprès des patients.

➤ Suivi du plan d'actions

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
Organisation des soins à faire évoluer/ : <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la cohésion de l'équipe - Améliorer la communication au sein de l'équipe - Revoir la répartition des tâches 			
Travail en commun sur les fiches de tâches de chacun	En cours		Nombre de réunions et la participation active (Nombre de questions).
Utilisation de l'outil informatique SINED et amélioration des écrits papier pour une meilleure transmission d'informations	Partiellement réalisé.	Utilisation quotidienne de SINED pour le suivi des séances de dialyse et des prescriptions médicales	Fiches de tâches rédigées et connues. Nombre de messages transmis par fonction sur SINED
Formation / Harmonisation des pratiques sur les abords vasculaires	En cours :	Formation au sein du service	Satisfaction des agents par rapport aux nouvelles organisations (création d'un questionnaire).
Groupes de travail infirmiers – aides-soignants		Différents groupes furent réalisés	Check liste sur les soins pratiqués

Tableau d'affichage dans la salle de pause	Réalisé		
Travail sur l'articulation des corps de métiers lors de dysfonctionnement avec au besoin aide d'un psychologue. Maintenir la continuité des soins	Réalisé	Intervention d'une étudiante en psychologie au sein du service	

Gestion des risques en équipe à améliorer

- Sécuriser les pratiques.
- Impliquer les professionnels dans la déclaration et le traitement des EI associés aux soins.
- Identifier les risques

Participation soignante aux RMM (participation dans le service par rapport à un cas difficile) et Commissions qualité	En cours de réalisation	1 IDE a participé à la dernière réunion RMM et commission qualité	<p>Nombre de soignants présents aux RMM et CQ</p> <p>Nombre d'EI liés aux soins déclarés et traités</p> <p>Cartographie des risques formalisée (nombre de personnes ayant pris connaissance et nombre de personnes ayant compris)</p>
Formalisation de la cartographie des risques a priori (accompagnement par CNEH)	En cours	avec une étudiante Master Qualité	
Démarche institutionnelle de gestion des risques (déclaration – traitement)	En cours	Formalisation avec Ennov Process et cahier des EI	
Sensibilisation / anticipation des problèmes par l'acquisition de réflexes	Non réalisé		

Participation active du patient à sa prise en charge :

- Renforcer l'implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie

Evaluation pour tout nouveau patient de niveau de connaissance sur sa pathologie, sur la voie d'abord et sur les séances de dialyse.	En cours de diffusion	Sensibilisation des patients dans la prise en charge de leur pathologie en fonction de la compréhension de chacun et de leur autonomie	Résultats questionnaire de satisfaction patients Taux de nouveaux patients ayant bénéficié d'une pré-visite du CHD
Définition d'objectifs d'apprentissage et de leurs niveaux d'atteinte (en équipe et avec le patient) à tracer dans SINED (logiciel Dialyse)	En cours	Visite du centre et fonctionnement du service pour tout nouveau patient avec diffusion de la charte dialyse et livret d'accueil du centre.	Nombre de projets « d'apprentissage » suivis dans SINED Création d'une fiche visite du centre

Lavage des mains au branchement			avec différents items et documents à remettre.
Compression FAV			
Connaissance sur la protection des cathéters			
Besoin de soutien et de valorisation des professionnels : - <i>Améliorer la cohésion en répondant au besoin de valorisation des professionnels</i>			
Tables rondes d'équipe avec psychologue stagiaire	Réalisé	Questionnaire pas encore diffusé	Questionnaire de satisfaction de l'équipe
Implication des agents dans les projets de service	Réalisé	avec l'implication de chacun dans différentes mission de référent	implication des agents en fonction des projets.
Communication positive autour du projet Pacte			Pour l'ensemble des items : évaluation du projet en fin d'expérimentation (Culture sécurité + questionnaire de satisfaction)
Responsabilité des tâches bien définis (référents)			

16. L'équipe du SAMU du Centre Hospitalier René Dubos à Pontoise

L'équipe bien qu'engagée et soutenue par leur direction (cf. figure 6), n'a pas pu poursuivre le projet, notamment en raison de départ du binôme référent. L'équipe avait cependant réalisé l'enquête culture sécurité ; le CRM Santé a été animé par le binôme référent seul sans accompagnement et un plan d'action avait été défini.

Figure 6 lettre d'engagement de la direction



Argumentaire de l'intérêt de participer au programme PACTE

Le SAMU-Centre 15 a longtemps eu un fonctionnement autonome au sein du Centre Hospitalier René Dubos (gestion interne des questions techniques, humaines et de qualité-gestion des risques). Ce mode de fonctionnement s'explique à la fois par la spécificité de prise en charge des patients par ce service, ainsi que par sa localisation géographique au sein du site du Centre Hospitalier (à l'extrémité du site).

L'isolement relatif du service du SAMU-Centre 15 n'a pas permis d'assurer le développement d'une culture qualité et sécurité des soins partagée entre la direction, le service qualité-gestion des risques, les services d'hospitalisation et le SAMU-Centre 15.

Depuis 2011, ce fonctionnement montre ses limites. En effet, des dysfonctionnements techniques ont régulièrement perturbé la qualité de la prise en charge des usagers et leur criticité est allée croissante.

La méconnaissance des événements à signaler et du circuit de prise en charge des signalements a conduit à l'intervention trop tardive des acteurs concernés.

La mise en œuvre des actions destinées à prévenir ces dysfonctionnements a également révélé des fragilités dans l'organisation du service et dans la communication en son sein, entraînant des risques pour la prise en charge des patients.

A partir de la fin de l'année 2013, des évolutions techniques et la mise en place de nouveaux espaces de travail vont impacter les organisations existantes et les relations entre les professionnels du service.

Tous ces éléments ont mis en exergue la nécessité d'une implication et d'une collaboration plus importante entre la direction du Centre Hospitalier et le service du SAMU-Centre 15, ainsi que l'importance de la communication au sein du service et vis-à-vis du reste du centre hospitalier.

Une démarche globale de réflexion sur les organisations mises en place au SAMU est en cours d'élaboration. Elle s'appuie notamment sur une « professionnalisation » des Assistants de Régulation Médicale (ARM) au travers d'une réflexion sur les profils de recrutement et la mise en œuvre de formations théoriques et pratiques. Les médecins régulateurs seront associés au volet pratique de ces formations.

L'association des médecins régulateurs se fera également au travers d'analyses pluri professionnelles d'événements ayant eu lieu dans le service, afin d'augmenter le taux d'incorporation médicale dans les dossiers de régulation.

La demande de participation au Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE) est une volonté forte et conjointe de la direction du Centre hospitalier et des responsables du service SAMU-Centre 15.

L'inclusion dans le Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE) permettrait de :

- soutenir la démarche initiée pour aider les professionnels du service SAMU-Centre 15 à travailler en équipe autour d'un programme d'amélioration de leurs pratiques centré autour de la prise en charge du patient,
- améliorer la cohésion et la collaboration interprofessionnelle nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient,
- améliorer la diffusion de la culture qualité-sécurité des soins dans le service SAMU-Centre 15.

Annexe

Annexe 1 Liste des équipes et référents

ETABLISSEMENT	VILLE	EQUIPE	BINÔME RÉFÉRENT	FACILITATEUR
HOSPICES CIVILS DE LYON	LYON	Pneumo adulte	PAGANON Catherine, MORNEX Jean François	Philippe MICHEL, Valérie FLATIN
CHU D'ANGERS	ANGERS	Réa polyvalente de l'enfant	GRANRY Jean-Claude, BOUSSICAULT Gérald, POTDVIN Débora	Marie-Christine MOLL
CAPIO CLINIQUE DES CEDRES	CORNEBARRIEU	Chirurgie	CHARIOT Marie-Paule, BOUZON Françoise	Clarisse PAGET
CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS	CERGY PONTOISE	Samu	DESCHAMPS Alice, CHAMPENOIS Dominique	Alice DESCHAMPS
INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	PARIS	Dialyse	COMBES Myriam, PINATON Christine, MOREL Aline	Chantal KLEIN, Yasmine SAMI
CLINIQUE KER YONNEC	CHAMPIGNY SUR YONNE	Psychiatrie	THERAUBE Amélie, COUSIN Marie-Christine	Claire CHABLOZ
POLE GERIATRIQUE DE MAR VIVO	LA SEYNE – SUR - MER	SSR	BARDAGI Luc, BOEDEC Marion	Michèle BELLIOU
HOPITAL PRIVE LA CASAMANCE	AUBAGNE	Réanimation	RIGAUD Jean-Claude, VERNY Sylvie, BOSCHETTI Stéphanie (pour le suivi des travaux de l'ES)	Michèle BELLIOU
INSTITUT BERGONIE	BORDEAUX	Chirurgie oncologique	BARRAULT Marion, BARTHELEMY Valérie	Marion BARRAULT
HOPITAL PRIVÉ DE VILLENEUVE D'ASCQ	VILLENEUVE D'ASCQ	Chirurgie	ROUMILHAC Didier,INFELTA Kathy	Martine BERT

HAD CROIX SAINT-SIMON	PARIS	HAD	MAARI Claudine, GERARD Noël, DUPONT Claire	Chantal KLEIN, Yasmine SAMI
C.H. DE CORNOUAILLE QUIMPER	QUIMPER	Médecine infectieuse et du sang	HUTIN Pascal, BENOT Dominique	Gwenaël ROLLAND JACOB, Madame GRELET Laurence (co facilitateur)
CENTRE HOSPITALIER DE LAON	LAON	SSR	SZCZUR DORDAIN Marie- Hélène, VRAND Jean-Philippe	Agnès LIEDORP
ICO SITE NANTES	NANTES	Médecine, département d'oncologie médicale	BARBAROT Véronique, LE GAL Anne-Laure, TEQUI Brigitte	Noémie TERRIEN
CHU DE NICE EQUIPE URGENCES	NICE	Urgences	GLOECKLER Charles, PERCIVALLE Alain	Monique MAZARD, Didier FEBVRE, Jean- François QUARANTA
CHU DE NICE EQUIPE REA MEDICALE	NICE	Réanimation médicale	DELLAMONICA Jean, DESCHLER Claudine	
CHU DE NICE EQUIPE DIALYSE	NICE	Dialyse	ISLAM Mohamed-Shariful, TRIQUERE Laurent	
HÔPITAL VICTOR DUPOUY	ARGENTEUIL	SAU, UHCD, imagerie, neurologie, rééducation fonctionnelle	MELIKSETYAN Gayané, BREARD Françoise, LE GALL Catherine, LE FALHER Isabelle	Sandrine VOISIN, Florence LÉMANN (co facilitateur)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr