

Programme d'amélioration  
continue du travail en équipe

————— Pacte —————

**Programme d'amélioration continue  
du travail en équipe – Pacte –**  
*Rapport final de l'expérimentation*

Ce rapport est téléchargeable sur :

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé

Service Communication – information

5, 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

Les éléments clés de Pacte® (Programme d'amélioration continue du travail en équipe) .....	5
Introduction .....	8
<b>Préambule : Le programme Pacte</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Le programme Pacte</b> .....	<b>10</b>
1.1. L'origine du programme d'amélioration continue du travail en équipe .....	10
1.2. Les objectifs opérationnels proposés aux équipes .....	11
<b>2. Les modalités du déploiement</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Le programme</b> .....	<b>13</b>
3.1. Le diagnostic .....	14
3.2. La mise en œuvre et le suivi .....	14
3.3. La phase d'évaluation .....	15
<b>Partie 1 : La phase expérimentale</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Que retenir de la phase expérimentale</b> .....	<b>17</b>
4.1. Que retenir du soutien méthodologique .....	17
4.2. Que retenir de la phase de diagnostic .....	18
4.3. Que retenir de la phase de mise en œuvre .....	20
4.4. Que retenir de la phase d'évaluation .....	22
4.5. Ce que les équipes feraient différemment .....	22
4.6. Synthèse .....	23
<b>Partie 2 : La phase pilote</b> .....	<b>24</b>
<b>5. Que retenir de la phase pilote</b> .....	<b>25</b>
Principaux résultats .....	26
Retour sur les méthodes et outils du programme .....	29
Discussion .....	31
Conclusion de la phase pilote .....	31
<b>Conclusion</b> .....	<b>33</b>
Conditions de réussite et leviers .....	33

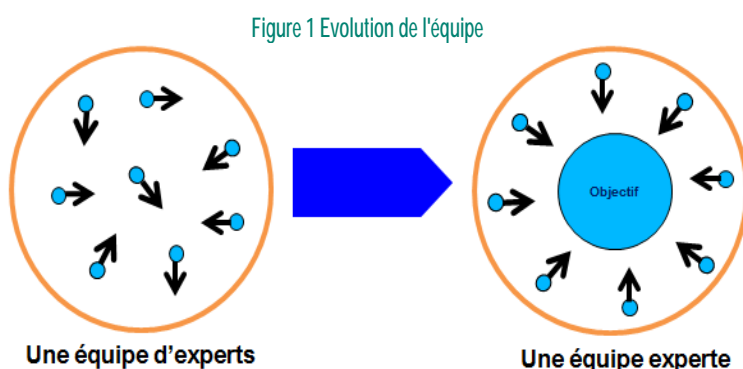
Points de vigilance et difficultés .....	33
Les perspectives .....	34
<b>Annexes .....</b>	<b>38</b>
Annexe 1 Les établissements engagés dans la phase expérimentale.....	38
Annexe 2 Les étapes du programme de la phase expérimentale.....	38
Annexe 3 Liste des équipes et référents de la phase expérimentale.....	40
Annexe 4 Monographies des équipes de la phase expérimentale.....	42
1. L'équipe de chirurgie de l'hôpital privé de Villeneuve d'Ascq .....	44
2. L'équipe de soins de suite et de réadaptation du Centre hospitalier de Laon .....	58
3. L'équipe de dialyse de l'Institut Mutualiste Montsouris .....	65
4. L'équipe de l'hospitalisation à domicile La Croix Saint-Simon à Paris.....	73
5. L'équipe du service de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Victor DUPOUY à Argenteuil.....	80
6. L'équipe de psychiatrie de la clinique Ker-Yonnec .....	93
7. L'équipe de réanimation polyvalente de l'enfant du centre hospitalier universitaire d'Angers .....	98
8. L'équipe d'oncologie médicale de l'Institut de cancérologie de l'Ouest à Nantes.....	106
9. L'équipe de médecine interne, maladies infectieuses, maladies du sang, du centre hospitalier de Cornouaille à Quimper.....	113
10. L'équipe du service de chirurgie de la clinique des Cèdres à Cornebarrieu .....	122
11. L'équipe de chirurgie oncologique de l'Institut BERGONIE à Bordeaux.....	129
12. L'équipe de pneumologie adulte des hospices civils de Lyon .....	134
13. L'équipe de soins de suite et de réadaptation du pôle gériatrique de Mar Vivo à La Seyne/Mer .....	141
14. L'équipe de réanimation polyvalente de l'adulte de la clinique de La Casamance à Aubagne.....	150
15. Les équipes du centre hospitalier universitaire de Nice.....	159
1) L'équipe des urgences .....	160
2) L'équipe de réanimation médicale .....	166
3) L'équipe de dialyse.....	175
16. L'équipe du SAMU du centre hospitalier René Dubos à Pontoise.....	184
Annexe 5 Liste des équipes et référents de la phase pilote.....	186
Annexe 6 Charte Pacte .....	191
Annexe 7 Article .....	192
<b>Remerciements .....</b>	<b>203</b>

# Les éléments clés de Pacte® (Programme d'amélioration continue du travail en équipe)

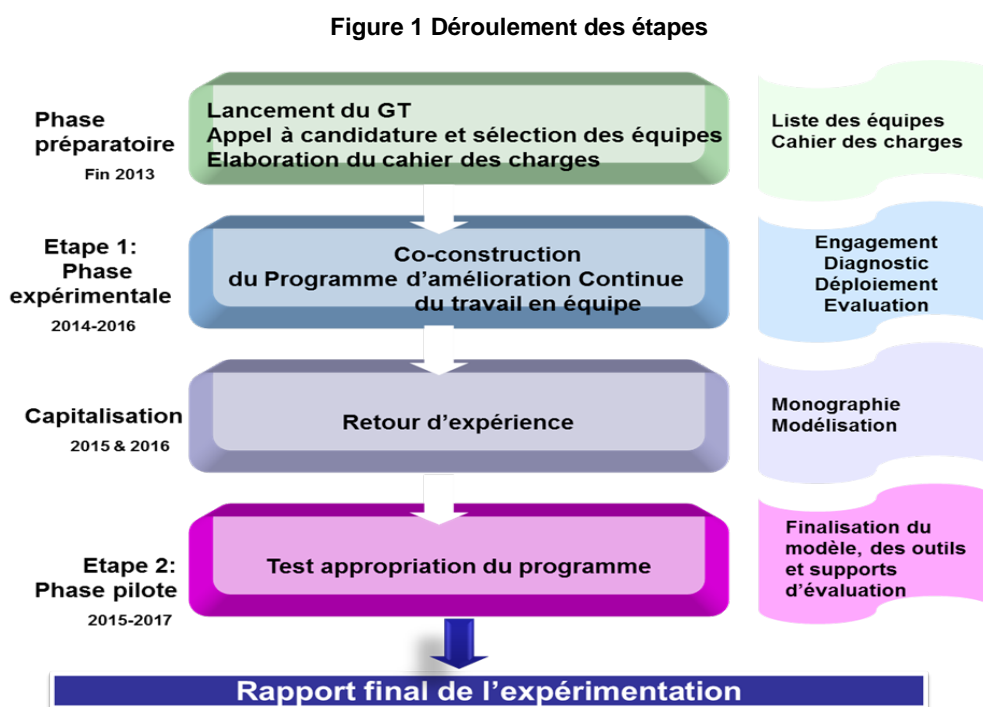
## Les étapes de l'expérimentation de Pacte

Pacte vise à faire passer « une équipe d'experts à une équipe experte »<sup>1</sup>, en faisant levier sur le collectif de travail autour notamment de la communication, de la gestion des risques en équipe, de la capacité d'alertes et de l'implication du patient afin de sécuriser la prise en charge du patient.

Deux étapes (cf. figure 1) successives associant des professionnels de santé volontaires ont permis l'élaboration du programme et de sa boîte à outils permettant aux équipes de réaliser un diagnostic de fonctionnement du collectif, de mettre en oeuvre des actions d'amélioration et d'évaluer l'évolution des changements.



## Les étapes de l'expérimentation de Pacte



<sup>1</sup> <http://www.rm.f.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2003/July-2003-Forum-Teamwork-in-Health-Care>

## Ce qui est innovant dans ce projet

### L'approche de l'expérimentation Pacte

- partir du terrain pour coproduire et réajuster en cycle court (de la conceptualisation à la mise en œuvre) ;
- percevoir le changement de culture de l'ensemble des acteurs ;
- accompagner les équipes lors de la phase expérimentale et tester à grande échelle le programme.

## 1

### Les méthodes et outils du programme Pacte

- démarche générique : programme qui s'adapte à tous les profils d'équipe et d'établissements ;
- un programme structurant pour engager des professionnels à devenir une équipe efficace ;
- un programme ancré dans la réalité des pratiques à travers les méthodes et outils proposés ;
- des changements qui sont perçus assez rapidement dans les comportements ;
- le module *Crew Resource Management* (CRM Santé) adapté à la santé ;
- les méthodes et les outils autour des enjeux liés aux facteurs humains et organisationnels (la communication, la dynamique d'équipe, le leadership, le climat de l'équipe, etc.) ;
- la place du patient comme partenaire de l'équipe.

## Si nous devons recommencer à zéro, que ferions-nous différemment ?

### Insister sur les conditions préalables à la mise en œuvre d'un tel projet

- rencontrer les équipes, y compris la gouvernance, pour un engagement éclairé ;
- réaffirmer la prise en compte du contexte institutionnel ;
- désigner un binôme référent volontaire s'appuyant de préférence sur un référent médical et non médical ;
- disposer d'un facilitateur externe à l'équipe ayant des compétences en gestion de projet.

## 2

### Insister sur la gestion d'un tel projet

- un temps d'information des équipes volontaires plus formel et à distance du début du projet ;
- un projet contraint en termes de planification en particulier lors de la phase expérimentale, mais de fait créant une attente de changement ;
- une meilleure identification des partenaires externes pour anticiper les besoins en formation ;
- un meilleur encadrement du rôle du facilitateur.

## Que retenir du programme Pacte ?

### Les éléments déterminants

- l'engagement de la direction doit être visible ;
- le facilitateur est déterminant en termes de soutien et d'accompagnement ;
- le programme est structurant pour engager le travail en équipe ;
- les objectifs du travail en équipe doivent être cohérents avec les objectifs de sécurité du patient ;
- les démarches venant du terrain (*bottom-up*) avec un engagement volontaire des équipes doivent être encouragées ;
- l'implication médicale en tant que binôme référent donne du sens à la démarche ;
- la phase de diagnostic est l'étape clé de Pacte ;
- la phase de mise en œuvre est l'étape critique (au sens gestion de projet) ;
- un animateur externe à l'équipe formée, assure l'animation du CRM Santé.

### Les éléments critiques

- la formation du facilitateur et de l'animateur du CRM Santé ;
- le contexte institutionnel ;
- l'appropriation des méthodes et outils par les référents ;
- le maintien d'une dynamique d'équipe pour soutenir une démarche continue et pérenne ;
- le temps nécessaire aux équipes pour échanger ;
- la place du patient dans l'équipe.

## Les perspectives

### Poursuite des travaux et évolutions

- finaliser le programme : compléter la boîte à outils (élaboration d'un guide pour le facilitateur, support d'animation sur le leadership, CRM Santé pour la psychiatrie, méthode rencontre sécurité du patient, etc.) ;
- poursuivre le témoignage et le partage d'expérience des équipes ;
- mettre à disposition des professionnels de santé le programme et les outils ;
- prévoir le dispositif de déploiement (accompagnement, formation, information) ;
- formaliser la reconnaissance (valorisation de l'engagement des équipes dans Pacte).

## Introduction

### Quel est l'objet de ce rapport ?

Ce rapport final présente les résultats et les enseignements de la phase expérimentale du programme d'amélioration continue du travail en équipe, Pacte (lancée avec 18 équipes volontaires, selon une approche de type « recherche-action » et de la phase pilote avec 50 équipes qui testent l'appropriation du dispositif.

### Pourquoi ce rapport ?

La phase expérimentale a pris fin aux termes de deux années de collaboration intense avec les équipes en mai 2016. Ce rapport final fait suite au rapport intermédiaire publié en janvier 2016 ; il est à la fois :

- un outil pédagogique et de partage afin de faire connaître ce programme d'équipe, ainsi que les facteurs de réussite auprès des autres professionnels de santé ;
- l'illustration d'un projet qui est parti du terrain pour coproduire et réajuster ensemble ;
- un moyen de valoriser les équipes engagées dans ce programme ;
- une réserve d'enseignements relative au déroulé du programme et à ces outils.

Les enseignements de la phase pilote permettent de décrire les conditions favorables et les freins à son déploiement, grâce aux équipes qui ont participé, et de consolider des outils qui étaient en cours d'élaboration.

### A qui s'adresse ce rapport ?

En première intention, il s'adresse à l'équipe de direction d'un établissement de santé sanitaire et médico-sociale, un responsable de pôle, une direction des soins, une direction qualité et de gestion des risques, une équipe de professionnels au plus près du patient, etc. Pour autant, il peut intéresser toutes les institutions mobilisées autour de la qualité des soins et la sécurité du patient.

### Comment a-t-il été élaboré ?

Il est le fruit des échanges nombreux (formels et informels) qui ont été conduits durant tout le projet. Des groupes de travail ont été mis en place sur des thématiques ciblées relatives notamment à la conduite du projet, la durée du programme, les outils proposés, etc. Les facilitateurs missionnés par la HAS ont relayé l'expression des équipes sur le terrain et participé aux groupes de travail. Deux réunions plénières (une en milieu de projet et l'autre à sa clôture) ont permis de recueillir l'expression des différentes équipes. La 1<sup>re</sup> réunion ainsi que le témoignage des équipes à partir de la rédaction de leur monographie ont permis la réalisation du rapport intermédiaire. La réunion finale réalisée au terme des deux ans qui s'est tenue en mai 2016 permet de compléter le bilan et la monographie des équipes.

Pour la phase pilote, les structures régionales ont organisé des rencontres de partages d'expériences permettant le recueil des témoignages des équipes ; certains facilitateurs et binômes ont également participé à des groupes de travail ; enfin, le docteur René Amalberti a dirigé une évaluation à 18 mois auprès des référents des équipes de la phase pilote afin de recueillir leurs avis et ressentis, à partir d'entretiens semi-directifs.

### Que contient ce rapport ?

Ce rapport est une synthèse issue des deux phases successives et comporte :

- un rappel du programme et de ses modalités de déploiement ;
- les résultats de la phase expérimentale (partie 1) ;
- les résultats de la phase pilote (partie 2) ;
- en annexe, les monographies des 17 équipes de la phase expérimentale : elles racontent de manière individuelle le déroulement de l'expérimentation selon un plan type défini. Chaque étape du programme fait l'objet d'un bilan et met en exergue les points positifs et contraintes rencontrés au cours de cette expérimentation. Chaque monographie a été validée par la direction de chacun des établissements. 17 équipes sur 18 sont présentées dans ce rapport, une des équipes étant « perdue de vue. »



# **Préambule : Le programme Pacte**

# 1. Le programme Pacte

## 1.1. L'origine du programme d'amélioration continue du travail en équipe

### 1.1.1 Le contexte

On sait depuis déjà plus de dix 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 (8<sup>e</sup> cause de décès aux États-Unis, 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 un EIG tous les cinq 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 du patient 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 soins<sup>2</sup> ;
- 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<sup>3,4,5</sup>. Par exemple, près de 70 % des événements sentinelles analysés par la *Joint Commission* font apparaître comme cause racine un problème de communication<sup>6</sup>. 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 indésirables<sup>7</sup>. 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<sup>8,9,10</sup>, mais surtout qu'améliorer le travail en équipe est efficace pour améliorer autant les processus de soins que leurs résultats<sup>11,12</sup>. Un programme pour améliorer le travail en équipe<sup>13</sup> démontre une diminution de 18 % de la mortalité.

<sup>2</sup> C. Vincent. Patient Safety. Chapitre 5: Reporting and learning systems. Wiley-Blackwell ed., Oxford, second édition 2010, 416 pages.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> [http://www.jointcommission.org/sentinel\\_event.aspx](http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx)

<sup>6</sup> Joint Commission. Sentinel Event Alert, Issue No. 30, 2004.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. AHRQ <http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/medteam/index.html>.

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyII-full.pdf> in Chapter 40. Team-Training in Health Care: Brief Update Review.

<sup>13</sup> 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.

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 initiatives partagées, au sein d'un collectif de travail regroupant l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge du patient.

La littérature montre que le travail d'équipe efficace<sup>14,15</sup> :

- 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 réussie<sup>16</sup>.

### 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 risques<sup>17</sup> ;
- 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 investigue 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 équipe (**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 »<sup>18</sup>, 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.

## 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 ;

---

<sup>14</sup> Baxter, Brumfitt. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. Qual Saf Health Care 2008 17: 127-130.

<sup>15</sup> Zwarenstein, Goldman, Reeves. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). Cochrane Database of Objectifs Systematic Reviews 2009, Issue 3.

<sup>16</sup> Salas E, Rosen MA. Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. BMJ Qual Saf. 2013 May;22(5):369-73.

<sup>17</sup> Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

<sup>18</sup> <http://www.rmfi.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2003/July-2003-Forum-Teamwork-in-Health-Care>

- 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 ? ») ;
  - faire un choix collectif d'une problématique et définir des objectifs ensemble (« Que voulons-nous faire ? ») ;
  - définir les actions et les indicateurs à mettre en œuvre au regard des objectifs fixés ;
  - 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 ? ») ;
  - intégrer le patient et/ou son entourage en tant qu'acteur au sein de l'équipe ;
  - 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 :
      - évaluation 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 ;
      - évaluation de la maturité d'une équipe ;
      - évaluation 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 ;
- **faissable**, 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.

## 2. Les modalités du déploiement

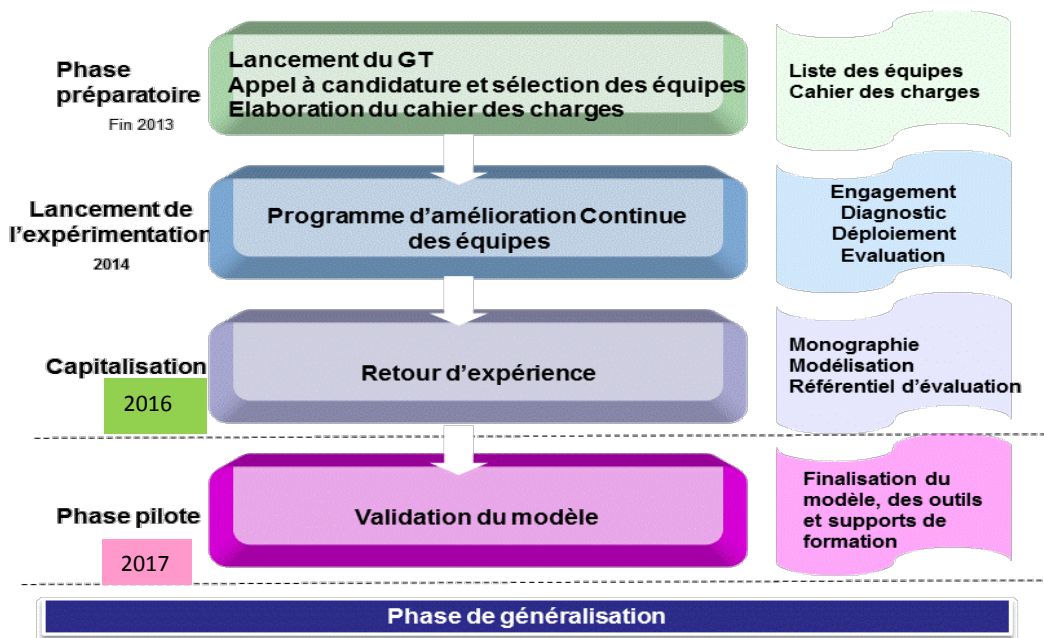
À travers le programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte), la HAS met en avant le facteur collectif comme un levier d'amélioration et de sécurisation des pratiques.

Le programme s'est construit autour des étapes suivantes (cf. figure 1) :

- **constitution d'un groupe de travail** réunissant des expertises dans les domaines du facteur humain et organisationnel et de l'ergonomie, des professionnels de terrain et des représentants des usagers. Celui-ci a permis la consolidation du cahier des charges du programme ;
- **lancement d'une phase expérimentale** avec des équipes volontaires en avril 2014. 18 équipes ont été retenues représentant tous les secteurs d'activité et se répartissant dans les 16 établissements (cf. partie 1 phase expérimentale). La phase expérimentale de Pacte a permis avec les professionnels d'élaborer et de tester un programme avec ses outils, ainsi qu'un modèle de déploiement autour du travail en équipe ;

- **la phase pilote a succédé** en octobre 2015 avec 64 équipes volontaires qui ont bénéficié des enseignements de cette phase expérimentale. Celle-ci permet de tester, d'une part, l'appropriation du programme et des outils par les équipes en l'absence d'un accompagnement HAS, et d'autre part, la mise à disposition d'une interface informatique qui permet aux équipes de suivre le projet. Ainsi, courant 2018, le programme et ses outils seront mis à disposition des professionnels.

Figure 2 Planification du projet



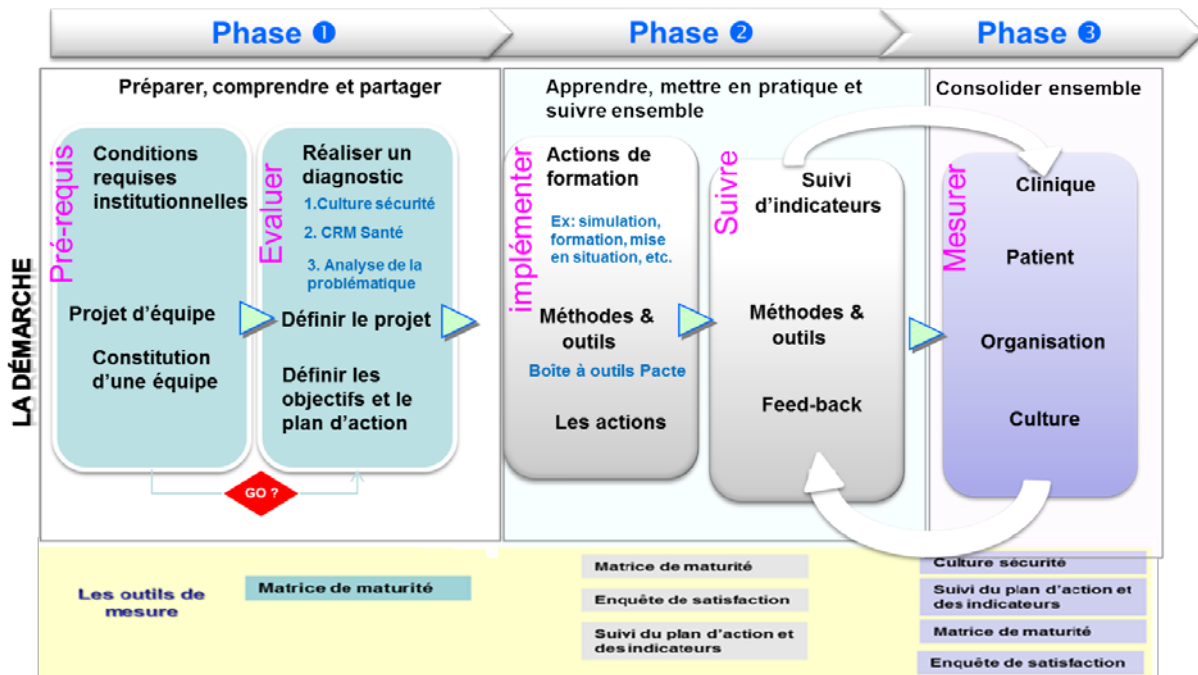
Pour que le projet aboutisse, un soutien est nécessaire : il est prévu par la désignation d'un binôme référent, interne à l'équipe, ainsi que par un facilitateur, externe à l'équipe. Le binôme référent est chargé du déploiement opérationnel dans la pratique quotidienne. Le facilitateur, quant à lui, est le garant du déroulement du projet et il apporte un appui méthodologique auprès du binôme.

### 3. Le programme

Ce programme est organisé en trois étapes clés : une phase de diagnostic, une phase de mise en œuvre et une phase d'évaluation (cf. Figure 2) et il met à disposition des méthodes et des outils pour chacune des étapes ; celui-ci est testé auprès d'équipes issues de différents secteurs d'activités (santé mentale, bloc opératoire, chirurgie, HAD, etc.).

Pour en savoir plus sur chaque étape, se référer au [cahier des charges](#).

Figure 3 Déroulement du programme



### 3.1. Le diagnostic

L'étape de diagnostic consiste à faire identifier les difficultés de fonctionnement en équipe pour réaliser leur travail au quotidien ; elle permet de faire émerger notamment des préoccupations autour :

- de la communication entre professionnels et avec le patient ;
- des modalités de coopération entre professionnels ;
- de la gestion du stress et de la fatigue, etc.

L'évaluation des pratiques professionnelles est abordée à la fois comme un processus clinique et un processus social (communication, coordination, entraide, etc.).

- Pour cela, les équipes avaient pour mission de réaliser :
  - une enquête « culture sécurité » ;
  - un diagnostic de fonctionnement de l'équipe désigné *Crew Resource Management* en santé (CRM Santé) ;
  - un diagnostic du leadership (pour la phase expérimentale) ;
  - une identification collective d'une problématique avec définition des objectifs à atteindre.

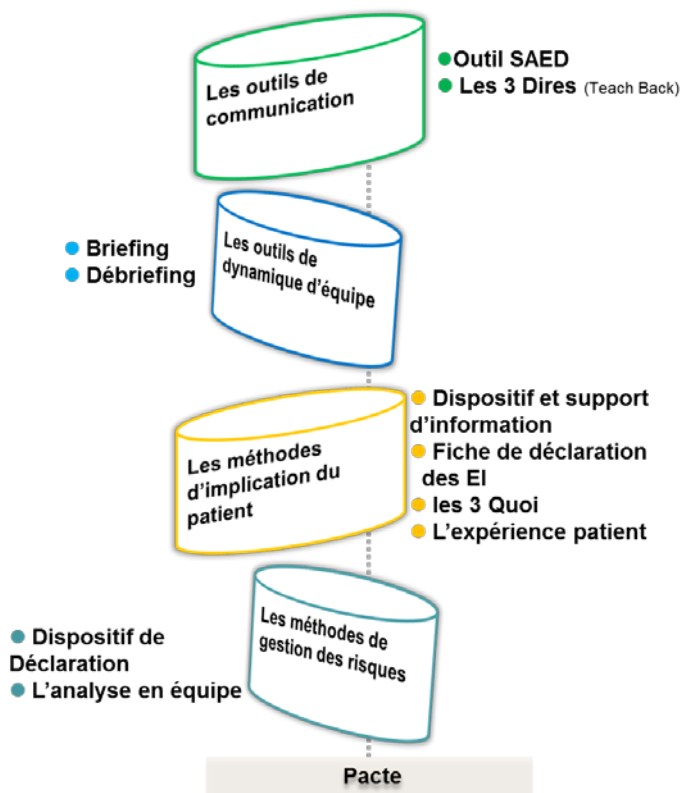
### 3.2. La mise en œuvre et le suivi

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 (cf. Figure 3), des outils ont été mis à la disposition des équipes pour qu'elles développent des compétences sur chacun des quatre axes tels que représentés ci-après :

Figure 4 Les méthodes et outils



Lors de cette étape, les équipes ont également à leur disposition des outils pour apprécier l'évolution des comportements, notamment avec la matrice de maturité, une enquête de satisfaction des professionnels engagés dans Pacte.

### 3.3. La phase d'évaluation

Au terme de deux ans, les équipes doivent à nouveau mesurer, à l'aide des mêmes outils cités précédemment, la culture de sécurité, l'évolution des comportements, le degré de satisfaction des professionnels, le résultat de leurs indicateurs.

# **Partie 1 : La phase expérimentale**



## 4. Que retenir de la phase expérimentale

### 4.1. Que retenir du soutien méthodologique

#### ► Le 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 du Docteur 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 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 équipe(s). 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 variables pour l'appui méthodologique « au quotidien » et/ou dans l'organisation ou l'animation des formations.

#### ► Le binôme référent

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 identifié dès la phase d'initialisation du programme était chargé de :

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

#### ► L'engagement de la direction

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 service.

Au-delà d'une volonté de promouvoir ce type de projet, la direction doit s'engager concrètement dans la durée et l'action 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 ;
- si l'objectif est partagé avec le plus grand nombre des professionnels qui seront impliqués ;
- et d'avoir identifié une ou plusieurs personne(s) ressource(s) en interne qui pourront soutenir la démarche. Pour ce même motif, les projets de restructuration du pôle ou du service concerné constituent un risque pour la pérennité de la démarche et une source de frustration pour les équipes qui se seraient engagées.

## ► Le rôle de la HAS

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 toutes les équipes, la HAS a mis à disposition une plateforme informatique, progressivement enrichie des outils, méthodes et supports utiles à chaque étape.

## 4.2. Que retenir de la phase de diagnostic

Pour toutes les équipes, 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).

Pour chaque outil de la phase de diagnostic, 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.

Durant la phase expérimentale, ces différents outils ont été évalués.

## ► L'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 façon dont la sécurité est perçue et mise en œuvre dans la pratique quotidienne par les professionnels.

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

L'enquête a été réalisée 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

Toutes les équipes 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 de participation 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* ».

### ► Évaluation du fonctionnement de l'équipe (le Crew Resource Management en santé)

Pour mieux sécuriser la prise en charge du patient, il faut maîtriser les compétences non techniques (compétences sociales, leadership, aide réciproque, conflits, stress, fatigue, communication et coordination. Pour ce faire, la méthode du CRM Santé (inspirée de l'aviation et adaptée par la HAS) a été retenue comme approche pour faire le diagnostic de fonctionnement d'une équipe. Le CRM Santé n'est pas une formation à proprement parler. Il s'agit plutôt d'une séquence d'animation qui dure quatre heures, par une personne préalablement formée, qui n'a pas de lien directe avec l'équipe. Au cours de cette séance, les membres de l'équipe (pluri-professionnelle) prennent conscience collectivement de leurs forces et des axes sur lesquels l'équipe doit travailler. Quatre thèmes sont abordés (la communication entre professionnels, la communication avec le patient, la coopération, la gestion de l'alerte et la gestion du stress) à partir de cas d'événements indésirables, de vidéos, de quiz et d'ateliers.



## Retour d'expérience du CRM Santé

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 quatre 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* ».

### ► Leadership

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* » ;
- « *Malgré cela la notion de leadership reste compliqué à appréhender...* » ;
- « *Distinction Management / Leadership pas clair du tout pour nous, encore moins pour les équipes* ».

## ► Analyse de la problématique

Pour finaliser le diagnostic, un outil complémentaire est proposé aux équipes ; il permet d'identifier les situations à risques relative à la problématique d'un point de vue clinique et du facteur humain et organisationnel.

### Retour d'expérience

L'outil proposé a permis le plus souvent de réaliser une analyse approfondie de la problématique.

Cependant, un manque de temps pour s'approprier la méthode n'a pas permis à toutes les équipes de l'utiliser.



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* » ;
- « *Analyse du processus intéressante. Nécessité d'un accompagnement par une personne formée à l'analyse de processus. Document de synthèse : difficulté pour réunir l'équipe et demander aux professionnels de répondre aux questions. Le remplissage est plutôt réalisé à partir des éléments mis en avant par CRM Santé, les questionnaires culture sécurité et leadership* » ;
- « *C'est un bon outil qui permet de faire en équipe une synthèse des différentes évaluations réalisées durant la phase diagnostique ; par contre, le remplissage de l'outil Excel ne s'est pas fait, comme proposé dans la fiche action au cours de 4 ateliers de 45 mn (modalité jugée comme difficilement réalisable). Il a par contre été rempli en réunion d'équipe* » ;
- « *« Modèle diagnostic » (Excel) très compliqué à remplir dans la forme (car dimension des cases figée), on a l'impression de se répéter notre projet Pacte* » ;
- « *(...) a permis de réaliser un état des lieux participatif* ».

## 4.3. Que retenir de la phase de mise en œuvre

A partir du lancement de la **phase de mise en œuvre**, 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 un des socles ; de nombreuses équipes ont utilisé les méthodes Situation, Antécédents, Évaluation, 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.

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 de sécurité ;

- la simulation en santé (en particulier dans les CHU) ;
- des RMM pluri-professionnelles.

Durant la phase expérimentale, ces différents outils ont été évalués.

### ► 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.



#### 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 ».

### ► 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 manquantes voir mal comprises ».

### ► L'outil de reformulation « Faire dire »

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

#### Retour d'expérience



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

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 ».

### ► 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 :

- fiche de déclaration d'événement indésirable pour le patient réalisée dans le cadre de l'administration des médicaments ;



- [questionnaire de recueil de l'expérience](#) 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).

### Retour d'expérience



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. L'information du patient (1<sup>er</sup> niveau d'implication du patient) n'est pas acquise par l'ensemble des professionnels de santé.

### 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 démarches de retour d'expérience.

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

L'appropriation par les équipes a permis de renforcer la confiance et ainsi d'augmenter le nombre de déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS).

- « *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* ».

## 4.4. Que retenir de la phase d'évaluation

Les équipes ne disposaient pas de tous les outils leur permettant de réaliser cette étape. En conséquence, cette phase a fait l'objet de peu de retour d'expérience :

- concernant la **culture de sécurité**, les équipes de la phase expérimentale avaient à leur disposition le support pour refaire une nouvelle mesure de l'enquête « culture sécurité ». Neuf équipes sur 16 ont réalisé la seconde mesure. Six parmi les neuf sont exploitables ; il en ressort :
  - souvent une aggravation des résultats pour certaines dimensions du fait d'une exigence plus importante des professionnels de santé (témoin d'une évolution de leur maturité),
  - une analyse globale non discriminante (deux équipes ont plus de cinq dimensions améliorées et quatre équipes ont une à quatre dimensions améliorées),
  - la dimension 2 sur la fréquence des signalements indésirables est celle qui s'améliore le plus ;
- **l'enquête de satisfaction** auprès des professionnels engagés dans Pacte proposée n'a pas posé de problème ; l'outil est simple ;
- **la matrice de maturité** a été élaborée avec certains facilitateurs et a été testée auprès de quatre équipes ; celle-ci permet de manière qualitative d'évaluer les comportements des professionnels à partir de trois cas d'événements indésirables. Toutes les équipes n'ont pas eu l'opportunité d'être formées à son utilisation ;
- « **Le patient traceur Pacte** », module complémentaire au patient traceur de la certification permettant d'évaluer les pratiques collaboratives autour de la prise en charge d'un patient. Cet outil a également été développé tardivement ; aussi, seules cinq équipes ont participé à sa conception et à son test.

## 4.5. 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 (trois mois étant un délai 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.

## 4.6. Synthèse

Seize des 18 équipes de la phase expérimentale ont pu maintenir leur engagement jusqu'au terme des deux ans. Cette 1<sup>re</sup> étape dans l'expérimentation, nous a permis de :

- rappeler l'importance des prérequis, que ce soit l'engagement de la direction, l'absence de plan de restructuration prévue, la stabilité des référents ;
- proposer un ordonnancement des activités lors de la phase de diagnostic : les équipes doivent commencer par l'enquête « culture sécurité », puis réaliser le CRM Santé et finir par l'analyse de leur problématique ;
- rendre obligatoire le CRM Santé ;
- fournir une plateforme informatique permettant une gestion de projet ;
- fournir, aux équipes, un support leadership plus accessible et de le proposer à l'étape de mise en œuvre ;
- travailler avec quelques équipes sur l'implication du patient.

Ces différents enseignements ont permis de lancer dès octobre 2015, la phase pilote avec environ 50 équipes.



Sept équipes ont accepté de témoigner à travers **une vidéo** :

- le centre hospitalier d'Argenteuil : équipe en staff pluri-professionnel ;
- le CHIC DE Cornouaille : SAV ;
- la clinique de Ker Yonnec : déclaration d'un évènement indésirable ;
- Mar vivo : équipe en staff pluri-professionnel ;
- CHU de Nice, équipe urgence : réalisation d'interview ;
- CHU de Nice, l'équipe de dialyse, de réanimation avec les facilitateurs : témoignage sur les changements apportés par le projet ;
- la clinique des Cèdres : dynamique de l'équipe au bloc opératoire ;
- l'Institut Mutualiste Montsouris : Pacte pourquoi et quels changements ;
- l'HAD La Croix Saint-Simon : interview sur les changements.

📺 Retrouvez [l'intégralité des vidéos](#) ou regardez la synthèse réalisée avec le [CLIP Pacte](#).

Les équipes Pacte ont également réalisé une **Charte Pacte** (cf. annexe 6).

## **Partie 2 : La phase pilote**



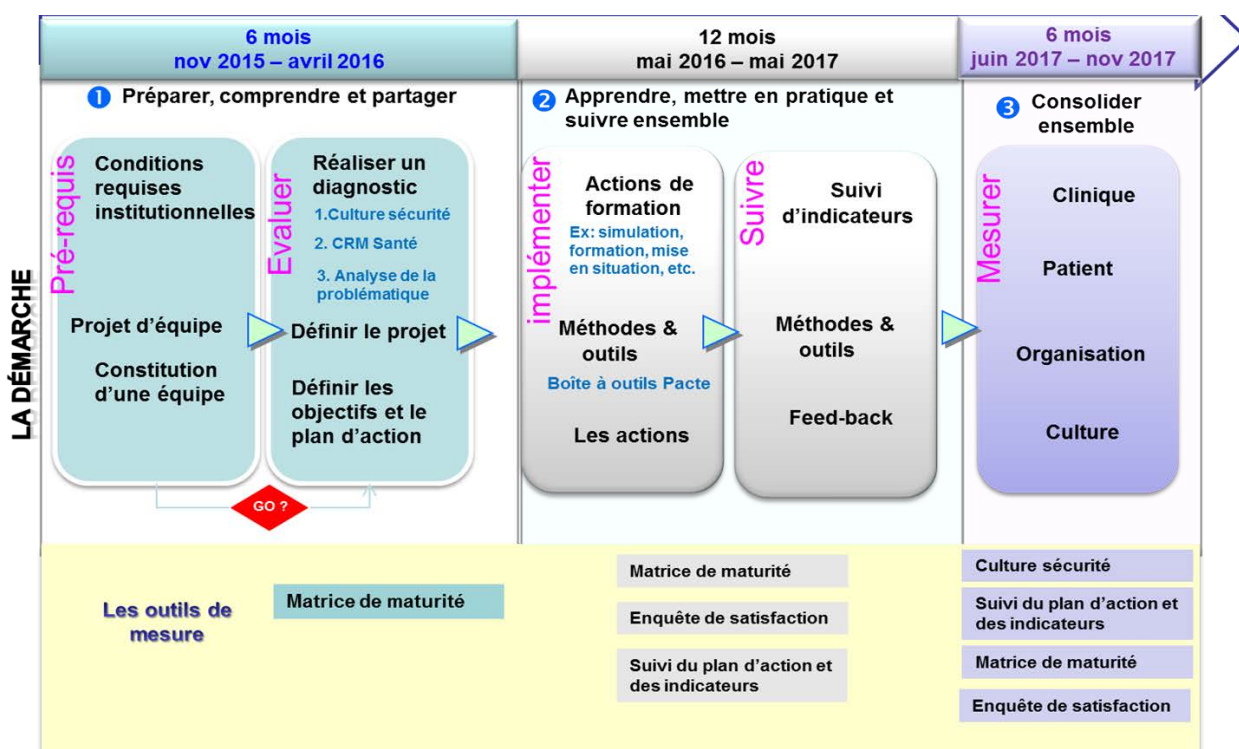
## Préambule

Depuis novembre 2015 (cf. figure 4), une cinquantaine d'équipes toujours volontaires testent, d'une part, l'appropriation du programme et des outils par les professionnels en l'absence d'un accompagnement HAS, et, d'autre part, la mise à disposition d'une interface informatique qui permet aux équipes de suivre le projet jusqu'en novembre 2017.

Cette phase permet de :

- tester la capacité d'une équipe à élaborer, déployer un projet en équipe et mesurer son efficacité à l'aide d'indicateurs ;
- valider les livrables permettant de « généraliser » Pacte ;
- tester un dispositif d'évaluation externe dans le cadre des visites de certification ;
- mettre à disposition, des professionnels, un outil (plateforme web) permettant de collecter et de restituer les informations.

Figure 5 Planification de la phase pilote



## 5. Que retenir de la phase pilote

### Contexte

Les équipes de la phase pilote se sont portées volontaires (initialement 68) à l'issue d'un appel à candidature sans avoir connaissance au préalable de façon détaillée du programme Pacte. Après un appel téléphonique et une réunion d'information à la HAS, 50 d'entre elles se sont lancées dans le projet sans appui méthodologique continu de la part de la HAS. Une plateforme informatique dédiée a été mise à leur disposition, ainsi qu'un guide pour les référents.

### Méthode

Un retour d'expérience a été organisé à la fin de la phase de diagnostic en collaboration avec les structures régionales d'appui (sur cinq « ensembles » de régions : Ile-de-France, Bretagne et Pays de la Loire, Occitanie (Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon), Auvergne et Rhône-Alpes, Bourgogne et Franche-Comté). Puis, après 18 mois d'expérimentation, une évaluation menée par le docteur René Amalberti a porté sur l'analyse des productions de chaque équipe telles qu'elles sont rapportées sur la plateforme Pacte de la HAS, doublée d'un

entretien téléphonique semi-directif de 45 minutes avec chaque facilitateur/binôme et séparément avec le facilitateur quand il était externe à l'équipe.

Sur les 50 équipes engagées, 48 ont eu cette évaluation entre mai et septembre 2017 :

- 27 équipes publiques ou assimilées (établissement de santé privé d'intérêt collectif et hôpitaux d'instruction des armées – HIA) dont 19 établissements de plus de 200 lits ;
- 21 équipes du secteur privé dont neuf établissements de plus de 200 lits ;
- une équipe a abandonné ;
- une équipe n'a pas pu être évaluée, n'étant pas prête.

Le tableau brut de données analysé est un tableau disjonctif complet (une seule réponse par question, pas de réponse absente) croisant les établissements engagés dans Pacte en ligne, et les résultats en colonnes des variables retenues pour l'évaluation et listées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 Liste des questions

Le questionnaire a porté sur :

- Qui a initié Pacte dans l'établissement ?
- Quelle équipe engagée dans Pacte (sectorielle ou transversale, taille, composition) ?
- Quel thème d'engagement au départ ?
- Existait-il un contexte de tension/crise importante dans l'établissement /équipe ?
- Quid de la stabilité du facilitateur et du binôme pendant le projet ?
- Avis du facilitateur sur Pacte à titre personnel (temps requis, difficultés, plaisir) ?
- Avis du binôme sur Pacte (temps requis, difficultés, plaisir) ?
- Apport du Questionnaire culture de sécurité ?
- Apport du CRM Santé : qui a fait le CRM ? Principaux résultats ?
- Apport de la matrice de maturité : pratique ? résultat ?
- Choix des thèmes retenus et du plan d'actions de Pacte ?
- Indicateurs retenus ?
- Utilisation de la plateforme Pacte ?
- Avis global (succès, demi-succès, décevant) ?
- Envisagez-vous Pacte pour une autre de vos équipes ?
- Quels conseils donner à une autre équipe pour un engagement dans Pacte ?

L'analyse a recherché les corrélations entre la variable décrivant le jugement global sur le résultat de Pacte (succès, demi-succès, décevant) et chacune des autres variables testées (taille et type d'établissement, taille d'équipe, stabilité des binômes, facilité à utiliser chaque outil, etc.

D'un point de vue traitement statistique, on est dans le cas de petits échantillons où on travaille sur un tableau de contingence. En effectuant les totaux par ligne et par colonne de ce tableau de contingence, la probabilité sous hypothèse d'indépendance d'observer une valeur significative dans le tableau de contingence est le produit des factoriels des totaux par ligne et colonne, divisé par le produit du factoriel de l'effectif total et des factoriels des effectifs des cases du tableau de contingence. La p-valeur du test bilatéral est la somme des probabilités des cas de figures où la distance du  $\text{Khi}^2$  serait supérieure ou égale à la distance du  $\text{Khi}^2$  observée.

## Principaux résultats

### ► Descriptifs des équipes

#### ▪ Conditions générales d'engagement d'une équipe Pacte

La phase pilote confirme une démarche plutôt descendante pour l'engagement d'une équipe que celui-ci soit porté par un réseau qualité (pour 36 équipes) ou par la direction (pour 11 équipes) en particulier dans les petites structures et les hôpitaux d'instruction des armées (HIA). De façon marginale, deux équipes ont été engagées par des médecins.

Par ailleurs, dans 14 cas (29 %), l'établissement ou le service était en situation de crise (financière, restructurations, conflits chroniques entre médecins/cadres dirigeants).

Les directions des établissements ont été très majoritairement en soutien de la démarche. À noter : le soutien de la gouvernance était un prérequis à l'engagement dans Pacte. Mais, on note également des freins à la conduite du

projet (réduction du temps à consacrer, pas de facilitation, diminution du temps consacré au CRM Santé) dans un seul cas.

### ▪ Les équipes engagées

Majoritairement les équipes sont définies par rapport à un secteur dans 66 % des cas plutôt que transversale dans 34 % des cas. La taille des équipes varie de dix à plus de 120 personnes :

- 14,5 % des équipes sont inférieures à 20 personnes (toutes dans des petites structures privées, la plus petite proche de 10) ;
- 55,5 % des équipes sont entre 20 et 40 personnes ;
- 31 % ont plus de 40 personnes (la plus grande étant proche de 120).



Les extrêmes en taille s'associent plus à des difficultés dans la conduite de Pacte.

Les équipes sont multi-professionnelles. Cependant, on relève dans 67 % des cas soit une absence des médecins ou une implication médicale moins importante dans le projet. Hormis quelques équipes où les médecins étaient binômes et moteurs (particulièrement le modèle HIA et certains chefs de service du public), les médecins ont été dans l'ensemble passifs (67 %).

### ▪ L'équipe d'accompagnement : les référents

Dans le projet Pacte, chaque équipe est accompagnée de façon opérationnelle par un binôme référent issue de l'équipe, idéalement un soignant médical et paramédical. Ce binôme référent est accompagné par un facilitateur qui est lui-même externe à l'équipe ; il est un soutien méthodologique par rapport au programme et à la démarche projet.

Le facilitateur a été majoritairement interne à l'établissement (88 %). Cinq établissements avaient fait le choix d'un facilitateur dépendant d'une SRA, et un établissement celui d'un facilitateur privé.

Les binômes les plus fréquents étaient formés de cadre-médecin (68 %), mais des binômes cadre-directeur ou cadre-RAQ (23 %) ont été trouvés, assez fréquemment dans les petites structures, et des binômes purement médicaux (9 %), notamment – mais pas uniquement – dans les HIA.

Dans deux cas, le facilitateur était aussi binôme (cette situation n'étant pas recommandée dans le programme).

Dans 37,5 % des cas, un ou plusieurs membre(s) de l'équipe facilitateur-binôme a (ont) changé ou s'est (se sont) absenté(s) sur une longue période (grossesse) pendant les 18 mois écoulés.

### ▪ La thématique d'engagement de l'équipe

L'engagement sur une problématique au début de projet a été difficile pour un grand nombre d'équipe.

Deux équipes n'avaient pas de thème a priori et attendaient tout du CRM Santé. Le tableau 2 ci-dessous décrit les différentes familles de thèmes d'engagement.

Tableau 2 Thèmes retenus par les équipes

- admission, triage et accueil patient (4) ;
- dynamique de sortie, décharge du patient (4) ;
- gestion des urgences, activité bloc, obstétrique et autres services (4) ;
- parcours d'un service à un autre, services, urgences et imagerie (7) ;
- prescription médicamenteuse (6) ;
- prise en charge de la personne âgée, personne fragile, fin de vie, personne non communicante (6) ;
- prise en charge spécifique, maternité, chirurgie infantile, psychiatrique (6) ;
- communications, coordination, transmissions entre soignants (4) ;
- prise en charge ambulatoire (1) ;
- intégration nouveaux territoires/nouvelles activités dans le service (HAD, services) (3).

## ► Résultats globaux

Globalement, les résultats des 48 équipes peuvent être classés en trois catégories :

- **succès** : dans 37,5 % des équipes, les résultats sont positifs à la fois pour la communication, la coopération, l'ambiance et la satisfaction au travail (domaines souvent évalués subjectivement, sans indicateurs) et aussi plus précisément pour la cible visée dans le plan d'actions : amélioration de la prise en charge des personnes âgées, efficacité des parcours, meilleure gestion des urgences, etc. Ces résultats sont obtenus à l'aide de suivi d'indicateurs spécifiques propres à chaque équipe ;
- **demi-succès** : dans 52 % des équipes, les résultats sont positifs pour la communication, la coopération, l'ambiance et la satisfaction au travail (domaines souvent évalués subjectivement, sans indicateurs), mais les cibles visées spécifiquement dans le plan d'actions ont peu ou pas évolué, ont trop peu de recul d'action, parfois ne sont pas encore suivies par des indicateurs dédiés, se diluent dans le temps et dans leur réalisation ;
- **décevant** : dans 10,5 % des équipes, aucun résultat n'est acquis, ni sur l'ambiance, ni sur le fond, et quand il y en a, ils ne sont pas rapportés au bénéfice de Pacte. Le CRM Santé a pu être ponctuellement apprécié, mais la méthode globale est jugée trop lourde et trop chronophage.

## ► Résultats détaillés

### ▪ Quatre facteurs sont corrélés à un succès du résultat de Pacte :

L'appréciation objective du résultat Pacte est significativement plus fréquemment un succès :

- ❶ dans les établissements qui présentent **une volonté de repartir avec une autre équipe** (p-valeur<0,001) ;
- ❷ dans les établissements où **les indicateurs sont présents** (p-valeur=0,005) ;
- ❸ dans les établissements qui **ne sont pas en crise** (p-valeur=0,008) ;
- ❹ et dans les établissements où **la culture de sécurité est jugée utile** (p-valeur=0,016).

Pour toutes les autres variables explicatives, on n'observe pas de résultats significatifs (cf. Tableau 3) :

- « Projet sectoriel ou transversal » a une p-valeur de 1 ;
- « Taille en nombre de lits » a une p-valeur de 1 ;
- « Facilitateur externe Vs Interne » a une p-valeur de 0,696 ;
- « Binôme ou facilitateur remplacé en cours de PACTE » a une p-valeur de 0,546 ;
- « Taille équipe » a une p-valeur de 0,351 ;
- « Vécu positif/négatif du CRM » a une p-valeur de 0,171 ;
- « Projet de départ pas clair » a une p-valeur de 0,167 ;
- « Type binôme » a une p-valeur de 0,145.

Tableau 3 Impact des facteurs sur la difficulté de la conduite de la démarche

Pas d'impact sur la démarche
<ul style="list-style-type: none"><li>• type et taille de l'établissement ;</li><li>• facilitateur externe ou interne à l'établissement, intervenant interne ou externe pour le CRM Santé ;</li><li>• engagement initial par la direction, le RAQ ou le corps médical ;</li><li>• équipe sectorielle ou transversale (parcours) ;</li><li>• support de la direction toutes étaient en support sauf une.</li></ul>
Facilite la conduite de la démarche
<ul style="list-style-type: none"><li>• clarté du projet cible au départ ;</li><li>• stabilité du trinôme : facilitateur externe au service et binôme dans le service ;</li><li>• choix précoce dans la démarche d'indicateurs spécifiques pour évaluer les progrès.</li></ul>

## Complique la conduite de la démarche

- une non exploitation ou un rejet des résultats du questionnaire de culture de sécurité ;
- un état de crise au départ (crise financière, humaine, conflits, fusion en cours) ;
- l'absence d'élaboration d'indicateurs spécifiques, voire l'absence d'indicateurs tout court ;
- une grande taille d'équipe.

### Opinions des référents (cf. Tableau 4)

68,5 % des facilitateurs se déclarent satisfaits de leur engagement dans Pacte mais avec une surcharge de travail importante jugée pour 57 % des personnes. 29,5 % n'ont pas d'opinion tranchée. Un seul est au regret d'avoir fait la démarche.

60,5 % des membres des binômes se déclarent satisfaits de leur engagement dans Pacte, là encore avec une surcharge de travail importante pour 38 %, ce qui réduisait l'enthousiasme.

39,5 % de ces binômes se sont dits dépassés et en difficulté par le suivi dans le temps de Pacte.

Tableau 4 Conditions jugées comme essentielles à la réussite de Pacte par les facilitateurs et binômes (dans l'ordre de fréquence citée)

- disponibilité du temps pour les binômes et le facilitateur : 35 % ;
- capacité à engager tout le monde dans l'équipe, et à expliquer et réexpliquer : 32 % ;
- engagement de la direction et du corps médical : 32 % ;
- stabilité du binôme et des facilitateurs : 28 % ;
- choisir des cibles claires, compréhensives, peu nombreuses et simples : 25 %.

## Retour sur les méthodes et outils du programme

### Le questionnaire culture de sécurité

Cet outil, réalisé en tout début de programme a été jugé utile et contributif par 45 % des équipes.

Cependant, 32 % des équipes n'ont pas exploité le questionnaire, soit parce que la démarche a déjà été réalisée dans d'autres circonstances (jusqu'à quatre fois en deux ans pour certaines équipes d'Aquitaine), soit en raison d'un désaccord avec les résultats, les formes interrogatives des questions ayant mal été comprises par le personnel (exemple d'explication des mauvais résultats).

Une dernière partie des insatisfaits tient à l'absence de recul vis-à-vis de la méthode et son application à des cohortes de moins de 15 voire dix personnes, ou à des taux de réponses qui étaient inférieurs à 60 % (biais de retour majeur).



Le résultat de Pacte est plus souvent un succès, dès lors que le questionnaire culture de sécurité a été jugé utile.

### Le Crew Resource Management en Santé (CRM Santé)

#### Sa pratique

Le CRM Santé a été confié à une personne extérieure à l'établissement dans 54 % des cas, le plus souvent issue des SRA & réseaux qualité divers, mobilisant au total 11 intervenants de ces organismes, dont certains ont fait jusqu'à neuf séances dans différents sites souvent aidés localement par le RAQ.

Mais on note aussi une appropriation assez forte par les RAQ locaux, puisque le CRM santé a été réalisé par 20 intervenants locaux.

Au total, ce sont donc 31 intervenants différents qui ont pratiqué le CRM Santé. Globalement, aucune difficulté particulière n'a été remontée dans la méthode, sinon l'absence d'un kit spécialisé en psychiatrie (encore en développement).



Méthode incontournable dans Pacte nécessitant la formation de l'animateur.

## Vécu et résultats

Le CRM Santé a été plébiscité comme outil révélant les difficultés de fonctionnement d'équipe par 77 % des équipes. Dans certains cas, cependant, et malgré un résultat contributif, une ou plusieurs séances ont été jugées difficiles, soit par le fait de personnalité(s) forte(s) perturbant la séance, soit par le fait de conflits révélés, émotionnels, particulièrement des difficultés d'encadrement dans des conditions où le cadre était seul face à toute l'équipe.

### La problématique, le plan d'actions et les indicateurs

Dans 22 % des cas, les équipes se sont retrouvées en difficulté et ont abandonné, dans Pacte, les idées de départ (par exemple, l'amélioration des sondages urinaires), parce que d'autres problématiques ont surgi, sans lien avec la problématique de départ.

Le plan d'actions est élaboré dans 48 % des cas avec les professions lors de groupes de travail ; dans les autres cas, seuls le facilitateur et le binôme référent ont travaillé le plan d'actions, puis soumis aux professionnels.

Le plan d'actions contient en moyenne 5,2 recommandations. Mais deux sont bien plus petits (deux recommandations) et plus de cinq ont plus de 15 recommandations.

Les plans d'actions dépassant huit recommandations sont tous associés à des évaluations moins bonnes du succès de Pacte.

Seules 29 % des équipes ont identifié des indicateurs associés à leur plan d'actions. 33 % ont des indicateurs très généraux et peu spécifiques, et 38 % n'ont aucun indicateur et se fient à leur sensation.



Tout l'enjeu de Pacte, c'est de réussir la conciliation entre le processus clinique et le travail en équipe et aider les équipes à définir un plan d'action réaliste et mesurable.



Les plans d'actions dépassant huit recommandations sont tous associés à des évaluations moins bonnes du succès de Pacte.

### La matrice de maturité

26 % des équipes ont utilisé la matrice sans difficulté particulière et avec une grande satisfaction et des bénéfices ressentis. 58 % ne l'ont pas utilisée et 16 % sans conviction.

### La plateforme Pacte

Seules 28 % des équipes ont utilisé et téléchargé les outils sur la plateforme Pacte. Les équipes ont besoin de rappel et d'explications « orales » pour s'approprier la démarche, notamment du fait que certains outils en cours de finalisation n'ont pas été présentés aux équipes.



Faire de la plateforme Pacte un **outil d'aide au suivi**.

### Volonté de conduire un nouveau Pacte ? (cf. Tableau 2)

68,9 % des équipes se disent prêtes à repartir dans leur établissement sur un autre projet Pacte. 27 % d'entre elles le feraient sous réserve de la disponibilité du facilitateur et du binôme référent. 14,6 % des équipes envisagent de réutiliser quelques méthodes et outils de Pacte et en particulier le CRM Santé, sans engagement complet dans le programme.

Tableau 5 Volonté de continuer avec une autre équipe

Oui sans réserve sur le même protocole avec la HAS	41,6 %
Oui mais avec des précautions sur le choix équipe et la disponibilité et stabilité facilitateur/binôme	27,1 %
Oui mais sans la HAS et en n'utilisant que le CRM	14,6 %
Non, trop difficile	16,7 %



## Discussion

On rappellera d'abord que la priorité de la phase pilote de Pacte était de mesurer l'acceptabilité, la faisabilité de la démarche et l'impact sur le travail collectif, qui sont des variables intermédiaires connues pour agir sur la sécurité du patient, mais ne sont pas une mesure de la sécurité en elles-mêmes. À ce stade, et avec le recul limité, il était encore irréaliste de mesurer un impact direct sur la sécurité du patient.

On retiendra le résultat global en demi-teinte, avec un constat très positif sur l'impact de Pacte sur les variables intermédiaires de coopération, communication et satisfaction au travail, mais avec un impact plus contrasté sur les cibles du plan d'actions. Le temps de déroulement de l'étude est sans doute un vecteur important pour lire les résultats, car beaucoup d'équipes (38 sur 48) avouent avoir passé beaucoup (trop) de temps sur le diagnostic et l'élaboration du plan d'actions (12 mois au lieu de six recommandés par la HAS) et avoir peu de recul sur la mise en jeu de ce plan d'actions (six mois voire beaucoup moins). Point positif qui explique les résultats immédiats sur l'ambiance : les outils de diagnostic, le questionnaire culture de sécurité et, surtout, le CRM sont connus pour être par eux-mêmes (par la participation collective à leur élaboration) des leviers de changement général des comportements, ce qui expliquerait qu'on ait effectivement un résultat à ce niveau (ambiance, attitudes), mais pas encore de résultats dans la déclinaison du plan d'actions sur le thème choisi (trop récent pour la plupart).

Ceci expliquerait aussi que la majorité des équipes n'aient pas jugé utile de développer des indicateurs spécifiques : le fait que l'ambiance soit meilleure – que les 'tensions baissent' – a suffi à beaucoup.

Inversement, le choix d'indicateurs plus précis, mais forcément plus chronophages à identifier et à déployer, a fait peur à beaucoup.

Certaines équipes ont même ressenti le besoin de 'souffler' entre la définition du plan d'actions et sa mise en route, laissant passer un trimestre ou plus sans aucune action spécifique sur Pacte pour gérer d'autres priorités du moment, ce qui peut expliquer aussi le sentiment fréquent de dilution de l'action, voire d'oubli du projet, rapporté par les acteurs de terrain.

Pour résumer, le diagnostic a passionné, mais la mise en route du plan d'actions, un an après le diagnostic, est restée difficile pour beaucoup. Les troupes se sont souvent un peu démobilisées. Les indicateurs étaient surtout à charge du RAQ et du binôme, ces personnes ressources étant moins motivées dans cette période de relâche et de creux des 18 mois de l'étude (beaucoup disent qu'ils vont s'y remettre à la rentrée).

Cette faiblesse des indicateurs a globalement une autre conséquence très négative :

- le dispositif Pacte est globalement pas ou peu évalué par des indicateurs quantitatifs ;
- et on doit admettre qu'il ne pourra pas l'être pour ces 50 équipes puisqu'on a très peu de mesures à To et presque pas après.

Concernant le questionnaire « culture sécurité », le constat n'est pas spécifique à Pacte, c'est un constat partagé lié notamment à l'acculturation nécessaire des professionnels ; pour autant, si on garde le questionnaire comme imposé en début d'étude, il faudrait sans doute mettre plus de conditions à son emploi : attention aux répétitions à moins de quelques mois, et aux limites de taille des équipes et aux taux de réponses trop bas.

Au total, cette étude « pilote » nous conforte sur la nécessité de bien former les référents de l'équipe aux facteurs humains et organisationnels. L'enjeu reste d'accompagner le changement et en particulier les comportements, et on sait que cela prend du temps, et ne peut réussir que dans un contexte favorable soutenu par la direction.

En fait, les outils qui n'ont pas été présentés aux séances de formation de la HAS (Saed, Matrice, etc.) sont jugés difficiles à importer sans l'aide humaine directe, sans doute parce qu'il faut faire un effort plus grand pour se les approprier.

## Conclusion de la phase pilote

La phase « pilote » de Pacte sur 50 équipes montre deux faces devant maintenant guider la généralisation du processus : d'un côté, la phase de diagnostic, très guidée, qui est massivement plébiscitée, et suffit en elle-même par des outils comme le CRM Santé pour changer des attitudes, ouvrir le dialogue, améliorer la coopération. D'un autre côté, la phase de mise en œuvre du plan d'actions et de sa mesure sur la/les cible(s) spécifique(s) du fonctionnement d'équipe à améliorer paraît plus chaotique, plus exigeante en matière d'investissement personnel et local, facilement diluée dans le temps, et moins guidée. Beaucoup d'équipes, débordées par les tâches parallèles accumulées ont délaissé, retardé ou simplifié presque à outrance cette partie pourtant essentielle, en considérant que ce qui avait été fait dans le diagnostic était déjà un résultat. C'est d'autant plus vrai que des conditions de succès n'étaient pas réunies : projet de service peu clair, trop grande équipe, instabilité des accompagnateurs.

La lecture de ces résultats encourage nettement à généraliser Pacte, puisque le bénéfice est massif, mais en mettant des conditions encore plus claires d'entrée dans la démarche et dans son accompagnement et son évaluation.

L'enjeu reste une généralisation du dispositif à l'horizon 2018-2019. La décision et le format définitif du dispositif relèvent du collège de la HAS, sur la base de ce retour d'expérience et d'éléments de faisabilité plus généraux propres au déploiement d'un dispositif national (ressources, modalités pratiques de suivi et de couplage avec la certification).



## Conclusion

Il ressort que Pacte crée une dynamique d'amélioration partagée par l'équipe, quel que soit le contexte clinique (service de réanimation, SSR, psychiatrie, etc.) ; Pacte s'intègre aux différentes activités cliniques. Les échanges et en particulier les difficultés rencontrées sont également à remettre dans le contexte de l'expérimentation (co-production, développement des méthodes et outils en cours, apprentissage des référents et des équipes « en marchant », démarche contrainte dans le temps).

Les deux phases d'expérimentation permettent clairement d'identifier les freins et les leviers au déploiement de Pacte et en particulier nécessitent de rappeler que :


- le projet est dépendant d'un environnement changeant ;
- le projet va impacter la culture de l'établissement et d'une équipe ;
- cette démarche passe forcément par une acculturation sur du long terme, une formation des acteurs sur les enjeux, liée aux facteurs humains et à l'accompagnement du changement.



## Conditions de réussite et leviers

- ▶ 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 et aux référents,
  - 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 ;
- ▶ une équipe au minimum curieuse de se lancer dans le programme ;
- ▶ délimiter le périmètre de l'équipe à partir d'une problématique identifiée par les professionnels et qui touche le patient ;
- ▶ un binôme stable pour toute la durée du projet. Le binôme a un rôle prépondérant pour l'accompagnement de l'équipe et le soutien au quotidien. Il s'engage et donc doit prendre la mesure de cet engagement en termes de temps et d'appui méthodologique ;
- ▶ l'importance d'un facilitateur formé, interne à l'établissement, mais externe à l'équipe, ou externe à l'établissement (à condition d'une réelle disponibilité) pour soutenir le binôme tout au long du projet ;
- ▶ la réalisation de l'enquête « culture 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.

## Points de vigilance et difficultés

- 
- ▶ 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 (congrés 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) ;
  - ▶ l'implication des médecins libéraux ;
  - ▶ la taille de l'équipe ;
  - ▶ la définition de l'équipe, ce sujet est à rapprocher de l'identification du projet soignant de l'équipe ;

- ▶ une charge de travail sous-estimée (dépendant fortement aussi du contexte et de la manière dont le projet est lancé) en corrélation avec le temps nécessaire ;
- ▶ 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 ;
- ▶ l'implication du patient est un sujet qui mérite un développement ad-hoc ;
- ▶ le maintien et le développement d'une dynamique d'équipe.

## Les perspectives

- un temps de préparation est capital dans la suite du projet et notamment dans sa phase de généralisation ; en particulier, le facilitateur doit bénéficier d'une « formation » lui permettant d'avoir une vision globale du projet. Le facilitateur doit acquérir la connaissance des séquences et sur la façon d'entraîner les équipes à atteindre des objectifs. Les équipes notent également son rôle en tant que facilitateur auprès de la direction et relais en termes de communication ;
- maintenir le caractère obligatoire du 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 ;
- la formation est également au cœur des enjeux de Pacte, notamment pour approfondir et acquérir de nouvelles compétences non techniques, mais pas seulement ; une équipe est efficace, solidaire si on s'assure aussi du maintien et du développement des compétences techniques liées aux savoirs et savoirs faire métiers. Dans une perspective de généralisation, la HAS ne pourra pas former tous les facilitateurs ; en revanche, il est envisagé d'organiser des réunions d'informations pour présenter Pacte et mieux anticiper l'engagement dans Pacte. Un guide pour le facilitateur sera également élaboré permettant de fournir un cadre plus détaillé de l'accompagnement attendu. Des partenariats sont envisagés dans cette perspective ;
- Pacte crée des attentes fortes et notamment un besoin d'échanges entre professionnels. Ce qui soulève la question des ressources et du temps, ainsi que l'engagement éclairé de la direction. La HAS développe un projet permettant d'atteindre le « top » management ;
- bien que le temps engagé soit difficile à estimer, la disponibilité du facilitateur (mais également du binôme référent) est très important au début pour lancer le projet, puis pour la phase de diagnostic ; pour autant, les équipes souhaitent un suivi régulier, voire mensuel, du facilitateur. Au terme de 18 mois, une réunion rassemblant à nouveau l'équipe paraît indispensable (CRM de suivi ?) ;
- tous les outils sont utiles, il faut accompagner leur appropriation ;
- le leadership, qui est un élément incontournable d'une bonne équipe mais aussi un sujet sensible, fera l'objet d'un développement itératif ; un premier livrable permettra en effet aux équipes de s'approprier le sujet et ses enjeux. Quand ce sujet sera mieux intégré dans le quotidien, la question des compétences pourra être évoquée.

## Abréviations et acronymes

<b>AFGSU</b>	Formation aux gestes et soins d'urgences
<b>AHRQ</b>	<i>Agency for healthcare research and quality</i> (États-Unis)
<b>ALARM</b>	<i>Association of litigation and risk management</i>
<b>AMA</b>	Assistant médico-administratif
<b>AP</b>	Auxiliaire puéricultrice
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>AS</b>	Aide-soignant(e)
<b>ASQ</b>	Aide-soignant(e) qualifié(e)
<b>ASHQ</b>	Agent des services hospitaliers qualifié
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral
<b>CBPR</b>	Collège des bonnes pratiques de réanimation
<b>CCECQA</b>	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
<b>CFAR</b>	Collège français des anesthésistes réanimateurs
<b>CDD</b>	Contrat à durée déterminée
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CHRU</b>	Centre hospitalier régional universitaire
<b>CLARTE</b>	Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé
<b>CLCC</b>	Centre de lutte contre le cancer
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement (établissements publics de santé) Conférence médicale d'établissement (établissements de santé privés)
<b>CNEH</b>	Centre national d'expertise hospitalière
<b>COFIL</b>	Comité de pilotage
<b>COVIRIS</b>	Coordination des vigilances et risques sanitaires
<b>CHIC</b>	Centre hospitalier intercommunal
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

<b>CR</b>	Compte rendu
<b>CREX</b>	Comité de retour d'expérience
<b>CRM</b>	<i>Crew resource management</i>
<b>CRUQPC</b>	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
<b>CS</b>	Culture de sécurité
<b>CSIRMT</b>	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
<b>DAQSS</b>	Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
<b>DPC</b>	Développement professionnel continu
<b>DSI</b>	Direction des soins infirmiers
<b>DOC</b>	Document
<b>DPC</b>	Développement professionnel continu
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EI</b>	Événement indésirable
<b>EIAS</b>	Événement indésirable associé aux soins
<b>EIG</b>	Événement indésirable grave
<b>ENEIS</b>	Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins
<b>EPP</b>	Évaluation des pratiques professionnelles
<b>EPR</b>	Événement porteur de risque
<b>ESPIC</b>	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>FEI</b>	Fiche d'événement indésirable
<b>GED</b>	Gestion électronique de documents
<b>GDR</b>	Gestion des risques
<b>HACCP</b>	<i>Hazard analysis control critical point</i> (identification des risques pour la maîtrise des points critiques)
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPP</b>	Hémorragie du <i>post-partum</i>
<b>IADE</b>	Infirmière anesthésiste diplômée d'État
<b>ICO</b>	Institut de cancérologie de l'Ouest

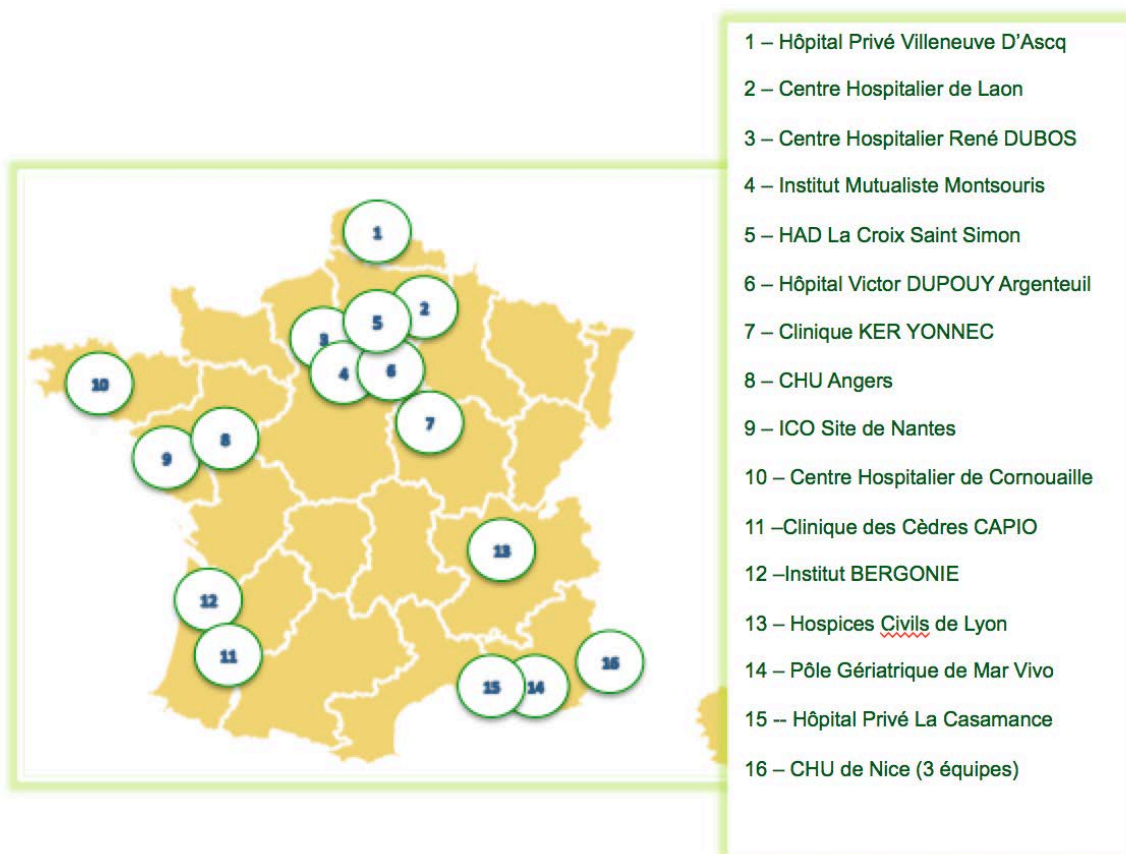
<b>IDE</b>	Infirmière Diplômée d'État
<b>IDEC</b>	Infirmière coordinatrice
<b>IPAQSS</b>	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
<b>MAR</b>	Médecin anesthésiste-réanimateur
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique
<b>MPR</b>	Médecine physique et réadaptation
<b>Pacte</b>	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PH</b>	Praticien hospitalier
<b>PNSP</b>	Programme national pour la sécurité du patient
<b>PPS</b>	Projet personnalisé de soins
<b>QS</b>	Qualité et sécurité
<b>RCP</b>	Réunion de concertation pluridisciplinaire / responsabilité civile professionnelle
<b>REMED</b>	Revue des erreurs médicamenteuses
<b>REX</b>	Retour d'expérience
<b>RMM</b>	Revue de mortalité et de morbidité
<b>RPS</b>	Risques psychosociaux
<b>SI</b>	Système d'information
<b>SAED</b>	Situation-antécédent-évaluation-demande
<b>SLD</b>	Soins de longue durée
<b>SSR</b>	Soins de suite et de rééducation
<b>USIC</b>	Unité de soins intensifs cardiologiques
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée
<b>TeamSTEPPS</b>	<i>Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety</i>
<b>TROS</b>	Temps réel d'occupation des salles

## Annexes

### Annexe 1 Les établissements engagés dans la phase expérimentale

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 trois équipes).

Figure 6 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.

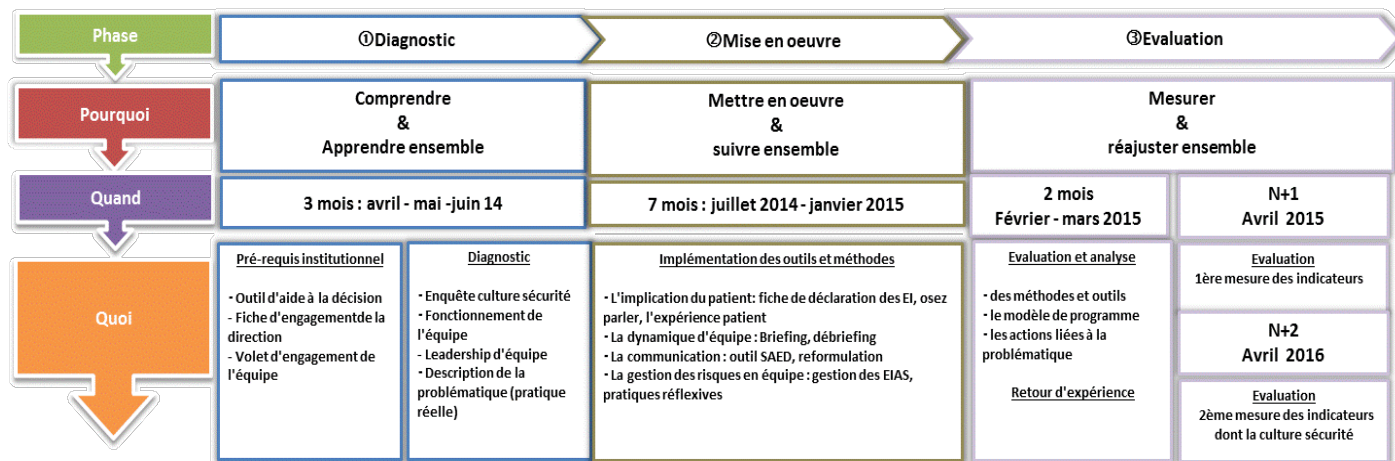
### Annexe 2 Les étapes du programme de la phase expérimentale

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.

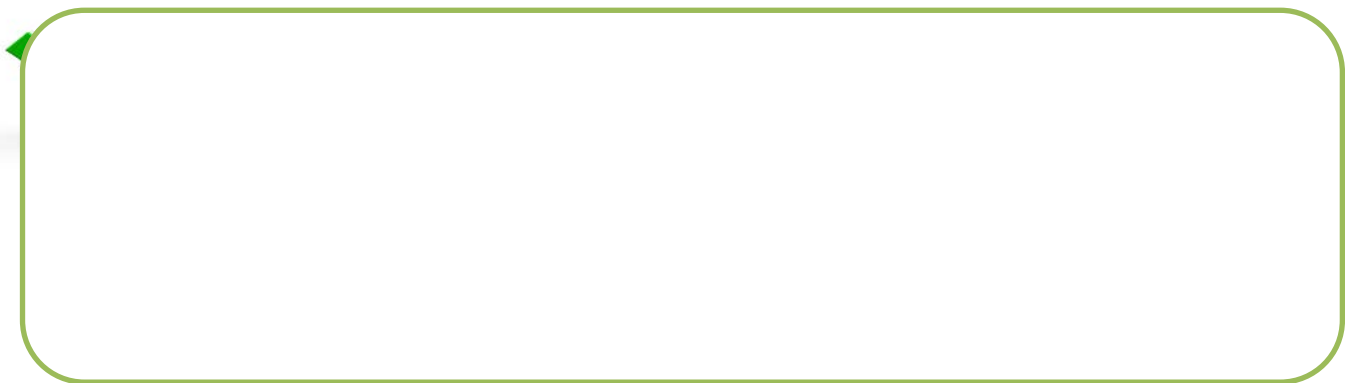
Lors de cette rencontre, les équipes avaient toutes validé les prérequis institutionnels opposables pour valider leur engagement.

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 7 Les étapes du programme



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





## Annexe 3 Liste des équipes et référents de la phase expérimentale

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 Déborah	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



<b>CHU DE NICE ÉQUIPE URGENCES</b>	NICE	Urgences	GLOECKLER Charles PERCIVALLE Alain	Monique MAZARD Didier FEBVRE Jean- François QUARANTA
<b>CHU DE NICE ÉQUIPE REA MEDICALE</b>	NICE	Réanimation médicale	DELLAMONICA Jean DESCHLER Claudine	
<b>CHU DE NICE ÉQUIPE DIALYSE</b>	NICE	Dialyse	ISLAM Mohamed-Shariful TRIQUERE Laurent	
<b>HÔPITAL VICTOR DUPOUY</b>	ARGENTEUIL	SAU, UHCD, imagerie, neurologie, rééducation fonctionnelle	MELIKSETYAN Gayané BREARD Françoise LE GALL Catherine LE FALHER Isabelle	Sandrine VOISIN Florence LÉMANN (co- facilitateur)

## Annexe 4 Monographies des équipes de la phase expérimentale

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 un rapport intermédiaire publié en janvier 2016, puis ce rapport final et assurer l'interface avec le facilitateur de chacune des équipes.

Le premier rapport présentait les résultats intermédiaires des équipes engagées. À l'échéance de l'expérimentation, chaque équipe a complété la monographie initiale par les derniers résultats obtenus.

Ces monographies présentent 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**

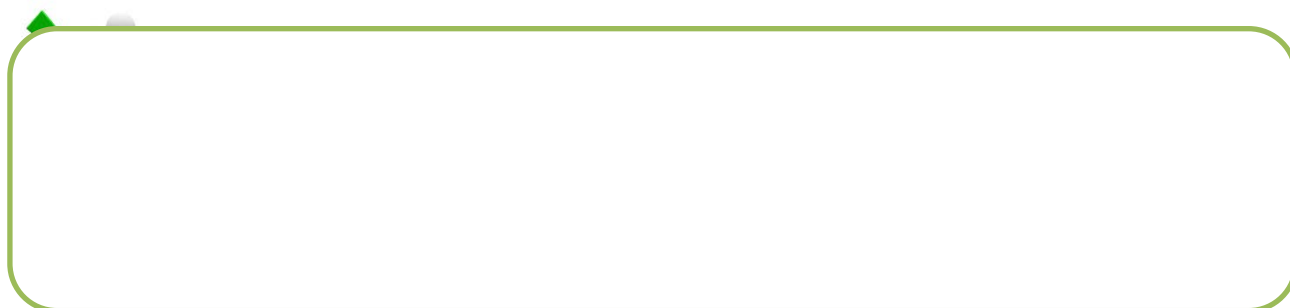
- ▶ La conduite de l'étape de diagnostic (sur la culture de sécurité, le CRM Santé, le leadership, l'analyse de la problématique)
- ▶ Le plan d'actions défini à l'issue du diagnostic
- ▶ La synthèse des résultats

**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'actions

**Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)**

**D. Principaux messages à retenir**



Sur les 18 équipes engagées, une seule n'a pas donné suite à Pacte. Deux équipes ont été confrontées à une restructuration importante et a dû interrompre la démarche avant la seconde phase d'évaluation.

### Regarder le clip vidéo

#### Sept équipes Pacte ont accepté de témoigner à travers une vidéo :

- CH d'Argenteuil (équipe en staff pluri-professionnel) ;
- CHIC de Cornouaille (SAV) ;
- Ker Yonnec (déclaration d'un EI) ;
- Mar Vivo (staff) ;
- CHU de Nice, équipe urgence (interview) ;
- clinique des Cèdres (l'équipe du bloc) ;
- Institut Mutualiste Montsouris (prezzi Pacte pourquoi et les changements) ;




- les équipes de dialyse et de réanimation du CHU de Nice avec les facilitateurs ont été interviewées et témoignent les changements apportés par le projet ;
- l'HAD Croix Saint-Simon a également témoigné sur les changements apportés par le projet Pacte.

**Les équipes ont par ailleurs travaillé sur l'élaboration d'une charte Pacte qui peut :**

- servir d'outil de base pour engager une discussion relative à cette notion d'équipe ;
- également constituer un engagement « contractuel » permettant de définir des principes directeurs autour d'un programme sur le travail en équipe ;
- également servir tout au long du projet pour vérifier si les principes sont respectés.

## 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 et 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

### 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%
Non renseigné	-	-
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

#### **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 cinq fiches d'événements indésirables ;
- 14 % des professionnels ont rédigé dix fiches ;
- 6 % des professionnels ont rédigé 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 évènements 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 quatre séances de CRM Santé.

#### **Notre avis :**

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

- la composition des quatre groupes reflétait parfaitement la composition de l'équipe avec les différentes catégories de professionnels ;
- cela créé un moment où l'équipe a pu échanger et aborder des thématiques autres que la prise en charge patient ;
- cela 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 de 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 cancérologie – 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

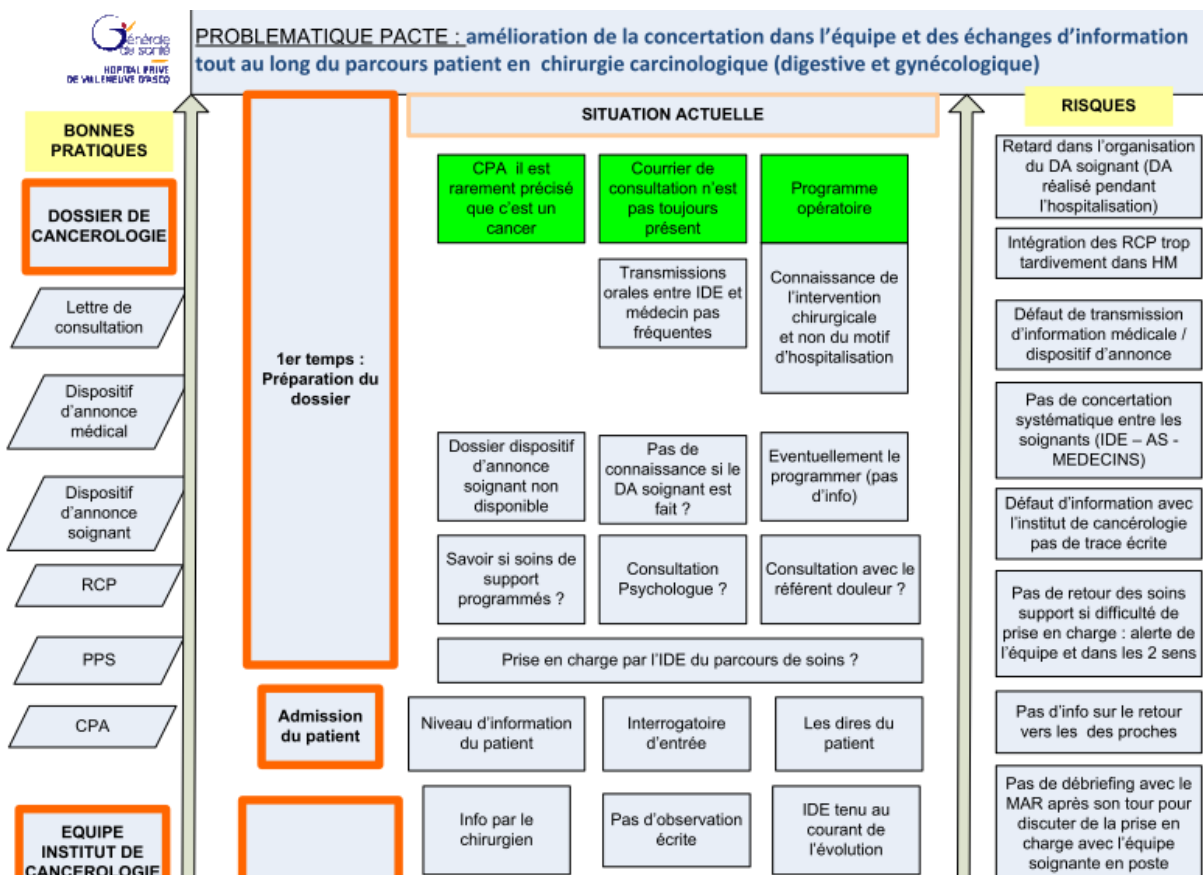
La problématique a été définie en équipe.

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 trois 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)</p> <p>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'entraînement 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 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</p>	<p>Date début 02/07/2014 - Date fin 07/08/2015</p> <p>Organiser des débriefings 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</p>	<p>Date début 07/07/2014 - Date fin 31/12/2015</p>

soins (que fait-on : débriefing ? Niveau d'information du patient ?), ce consensus est à définir en groupe	Informier sur le dommage lié aux soins en pratique sur toutes les prises en charge
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)	Date début 08/07/2014 - Date fin 18/11/2014 Mieux organiser les tours des médecins
Appliquer la mesure : « je porte l'alerte » pour tous les événements associés aux soins	Date début 09/07/2014 - Date fin 07/08/2015 Augmenter la déclaration des EIAS
Améliorer la considération en particulier envers les AS – systématiser le bonjour	Date début 10/07/2014 - Date fin 20/11/2014 Améliorer la coopération
Améliorer les échanges entre US CHIR/MEDECINE	Date début 15/09/2014 - Date fin 27/04/2015 Réaliser une fiche de mutation prenant en compte la PEC cancéro à intégrer dans HM
LEADERSHIP : améliorer la gestion des conflits internes à l'équipe	Date début 18/07/2014 - Date fin 31/12/2014 Réunion de débriefing et détermination d'actions d'amélioration du travail en équipe par les professionnels de santé concernés
Améliorer les demandes de prise en charge entre les professionnels	Date début 01/09/2015 - Date fin 01/12/2015 Organiser la formation sur le kit Saed
Évaluer le degré de maîtrise des risques	Date début 01/09/2015 - Date fin 31/12/2015 Organiser une nouvelle enquête « culture sécurité »
Organiser une réunion avec les chirurgiens viscéraux sur la prise en charge du cancer colorectal	Date début 01/10/2015 - Date fin 01/11/2015 Réunir AS - IDE des deux services pour échange sur la pratique, en vue d'élaborer une EPP en référence au chemin clinique déjà rédigé
Évaluer le respect des attentes des interfaces	Date début 15/10/2015 - Date fin 31/12/2015 Réaliser un bilan à un an sur le respect des attentes chir/bloc opératoire

## 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 quatre groupes de quatre 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
<b>Améliorer le partage des informations entre les médecins et les paramédicaux</b>		
Uniformiser les protocoles de préparation pré- et postopératoire pour les trois 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	Protocoles rédigés, diffusés – Suivi sur la GED de la prise de connaissance  En attente de paramétrage des protocoles sur le dossier informatisé – évaluation par le biais d'une EPP en 2017
<b>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</b>		
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 deux logiciels) et en organisant une formation HM. Action mise en place – satisfaction du nouvel embauché et du service qualité  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
<b>Améliorer les échanges entre les services de chirurgie et le bloc opératoire</b>		
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
<b>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)</b>		
Obtenir les documents de consultation, les RCP et les PPS dès l'admission du patient	Programmé de juin 2014 à mars 2015  Réalisé	Mise en place de plages pour les dispositifs d'annonce soignants avant l'hospitalisation, organisées du lundi au vendredi après midi  Organisation de temps d'échanges sur les attentes avec l'institut et le service  Passage de la psychologue, de la coordinatrice de cancérologie toutes les semaines dans le service de chirurgie

		Mise en place d'une check-list sur la complétude du dossier Évaluation tous les mois de dix dossiers – amélioration constatée lors de l'IPAQSS RCP
--	--	---

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

Augmenter les simulations	<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 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**

Organiser des débriefings à partir d'une méthodologie connue par les professionnels	<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 du dossier patient informatisé, etc.</p>
---	--	---

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

Systématiser la transmission de certaines informations lors de l'appel du patient par le bloc opératoire	<p>Programmé de juillet 2014 à juillet 2015</p> <p>Réalisé</p>	<p>Bilan des attentes des interfaces bloc/SSPI/ service réalisé en novembre 2015 – cette rencontre bloc/service est appréciée par les équipes et facilité la compréhension des demandes de chacun – des solutions sont trouvées en consensus</p>
--	--	--

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

Améliorer transmissions chirurgien/service	<p>Programmé de juillet 2014 à décembre 2014</p> <p>Réalisé</p>	<p>Création d'un document validé par l'équipe de chirurgie viscérale : transmission chirurgien/service (DOC 1099) mis en place depuis le 10/09/2014</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 ?), ce consensus est à définir en groupe**

Reconnaître le dommage lié aux soins en pratique sur toutes les prises en charge	<p>Programmé de juillet 2014 à décembre 2015</p> <p>Réalisé</p>	<p>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</p> <p>Vérification de l'application. Rappel en commission qualité/sécurité</p>
--	---	--

**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	<p>Programmé de juillet 2014 à novembre 2014</p>	<p>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</p>
--	--	---

	Réalisé	
<b>Appliquer la mesure : « je porte l'alerte » pour tous les événements associés aux soins</b>		
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
<b>Améliorer la considération en particulier envers les AS – systématiser le Bonjour</b>		
Améliorer la coopération	Programmé à compter de juillet 2014	Réalisé Constat positif
<b>Améliorer les échanges entre US CHIR/MEDECINE</b>		
Réaliser une fiche de mutation prenant en compte la PEC cancérologie à intégrer dans HM	Programmé de septembre 2014 à avril 2015 Réalisé	Réunions d'échanges suite à des EI menées Amélioration des pratiques de transmission des informations grâce au développement du dossier informatisé pour l'ensemble des services de l'établissement – passage de la coordinatrice de cancérologie dans les services tous les jours facilitant le suivi du patient
<b>LEADERSHIP : améliorer la gestion des conflits internes à l'équipe</b>		
Réunion de débriefing et détermination d'actions d'amélioration du travail en équipe par les professionnels de santé concernés	Programmé de juillet 2014 à décembre 2014 Réalisé	Réunions de service organisées afin de désamorcer les conflits Réunions d'expression organisées
<b>Améliorer les demandes de prise en charge entre les professionnels</b>		
Organiser la formation sur le kit Saed	Programmé de septembre 2015 à décembre 2015 Réalisé	Quatre réunions sur la présentation et l'utilisation de l'outil Saed – exercices de mise en situation par transmission téléphonique – retour positif des soignants – mise à disposition du support dans l'unité
<b>Évaluer le degré de maîtrise des risques</b>		
Organiser une nouvelle enquête culture sécurité	Programmé de septembre 2015 à décembre 2015 Réalisé	Enquête menée
<b>Organiser une réunion avec les chirurgiens viscéraux sur la prise en charge du cancer colorectal</b>		
réunir AS-IDE des deux services pour échange sur la pratique, en vue d'élaborer une EPP en référence au chemin	Programmé d'octobre 2015 à novembre 2015 Réalisé	Organisation d'une réunion sur le parcours prise en charge de la chirurgie colo rectale – échanges sur les différents protocoles de chaque chirurgien afin d'élaborer le chemin clinique – discussions en équipe amenant les chirurgiens à uniformiser leurs pratiques le plus possible – le chemin clinique est paramétré dans le dossier informatisé – présentation de l'utilisation de ce chemin clinique aux équipes organisée
<b>Évaluer le respect des attentes des interfaces</b>		
Réaliser un bilan à un an sur le respect des attentes chir/bloc opératoire	Programmé d'octobre 2015 à décembre 2015	Bilan des attentes entre la SSPI et les services de chirurgie réalisé en novembre 2015 – cet échange a permis de soulever les dysfonctionnements de part et d'autre et d'apporter des solutions – satisfaction des équipes sur ce type

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La culture de la sécurité

La nouvelle enquête a été réalisée.

Nombre total de professionnels des unités de travail :	50
Nombre de professionnels des unités qui ont répondu au questionnaire :	26
Taux de participation :	52%
Nombre de questionnaire totalement rempli :	21
Nombre <b>minimum</b> de réponses manquantes dans un même questionnaire :	1
Nombre <b>maximum</b> de réponses manquantes dans un même questionnaire :	16

#### Les 10 dimensions de la Culture de Sécurité explorées par le questionnaire

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	45%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	40%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	87%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	67%
5. Travail d'équipe dans le service	85%
6. Liberté d'expression	68%
7. Réponse non punitive à l'erreur	31%
8. Ressources humaines	25%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	30%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	29%

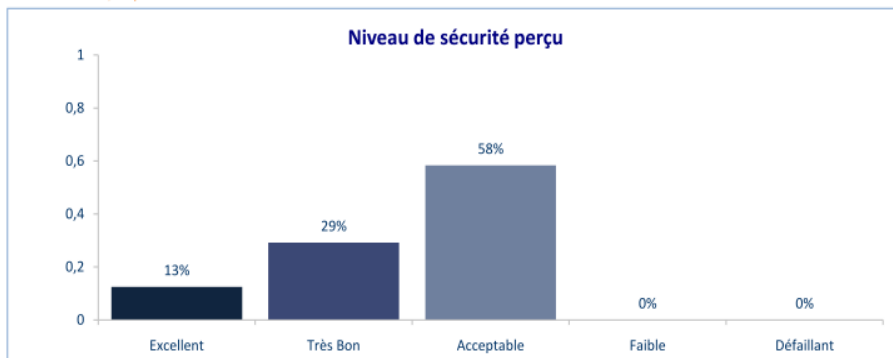
score ≥ 75% = Dimension **développée**

score ≤ 50% = Dimension **à améliorer**

#### Le niveau de sécurité perçu dans le service

Ils sont 24 sur 27 répondants, à avoir répondu à la question :

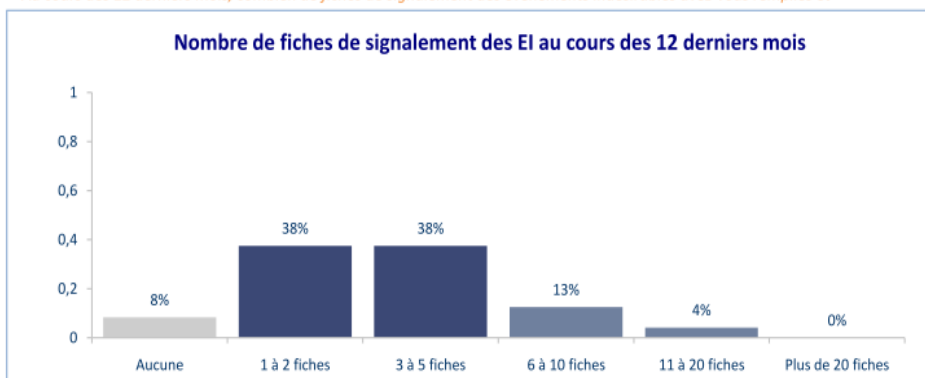
« Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ? »



#### Le nombre d'événements indésirables (EI) signalés

Ils sont 24 sur 27 répondants, à avoir répondu à la question :

« Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et





➤ Les actions à venir

- réaliser une enquête sécurité après la formation sur la grille de Shortell suivie par les responsables de service ;
- renouveler l'enquête sur un échantillon identique à la première enquête de 50 personnes.

➤ La matrice de maturité selon le modèle de SHORTELL

Réalisation d'une séance sur la grille de maturité : présentation de trois situations vécues par le service.

Les échanges ont permis à l'équipe d'évaluation de la maturité au niveau 3, ce qui correspond à une dynamique collective.

La méthode est utile et adaptée pour analyser le fonctionnement de l'équipe.

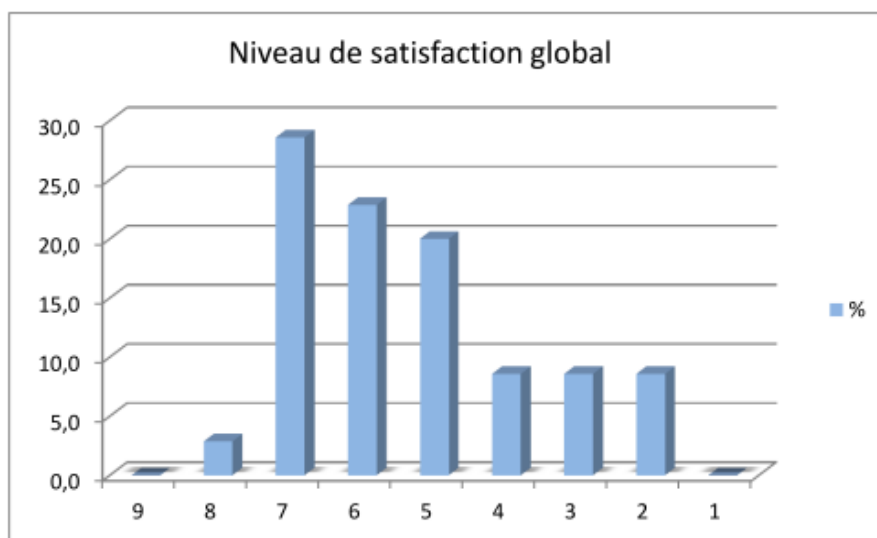
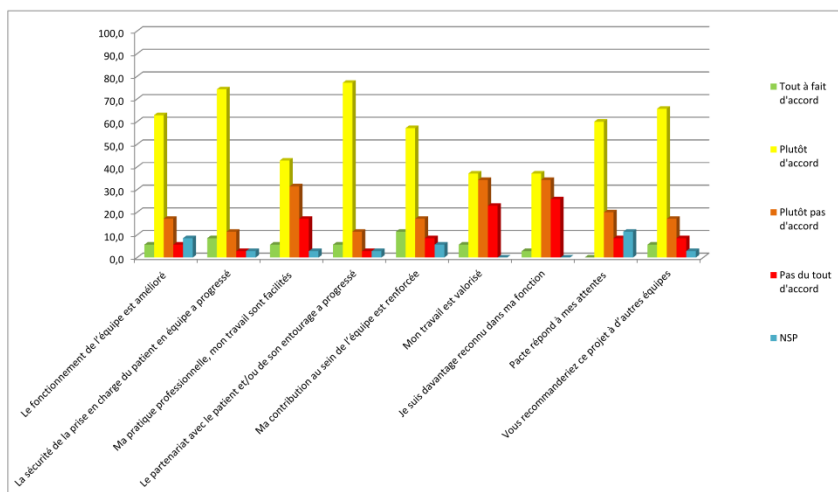
➤ Les actions à venir

- reproduire la méthode deux fois par an à partir de situations vécues ;
- former les responsables de service à la méthode de Shortell ;
- intégrer une évaluation sur la maturité de l'équipe dans le cadre du plan de management de service.

➤ L'enquête de satisfaction des personnels engagés dans Pacte

Trente-six professionnels ont répondu à l'enquête soit un taux de réponse de 72 %.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP
Le fonctionnement de l'équipe est amélioré	5,7	62,9	17,1	5,7	8,6
La sécurité de la prise en charge du patient en équipe a progressé	8,6	74,3	11,4	2,9	2,9
Ma pratique professionnelle, mon travail sont facilités	5,7	42,9	31,4	17,1	2,9
Le partenariat avec le patient et/ou de son entourage a progressé	5,7	77,1	11,4	2,9	2,9
Ma contribution au sein de l'équipe est renforcée	11,4	57,1	17,1	8,6	5,7
Mon travail est valorisé	5,7	37,1	34,3	22,9	0,0
Je suis davantage reconnu dans ma fonction	2,9	37,1	34,3	25,7	0,0
Pacte répond à mes attentes	0,0	60,0	20,0	8,6	11,4
Vous recommanderiez ce projet à d'autres équipes	5,7	65,7	17,1	8,6	2,9
Niveau de satisfaction global concernant le projet PACTE	9	8	7	6	5
%	0,0	2,9	28,6	22,9	20,0



### ➤ Les actions à venir

- enquête de satisfaction à renouveler aux différents temps du projet fin de la mise en œuvre et un an plus tard ;
- améliorer la reconnaissance au sein du service en lien avec la grille de maturité de Shortell ;
- valoriser les professionnels qui signalent ;
- associer les équipes aux décisions.

## D. Principaux messages à retenir

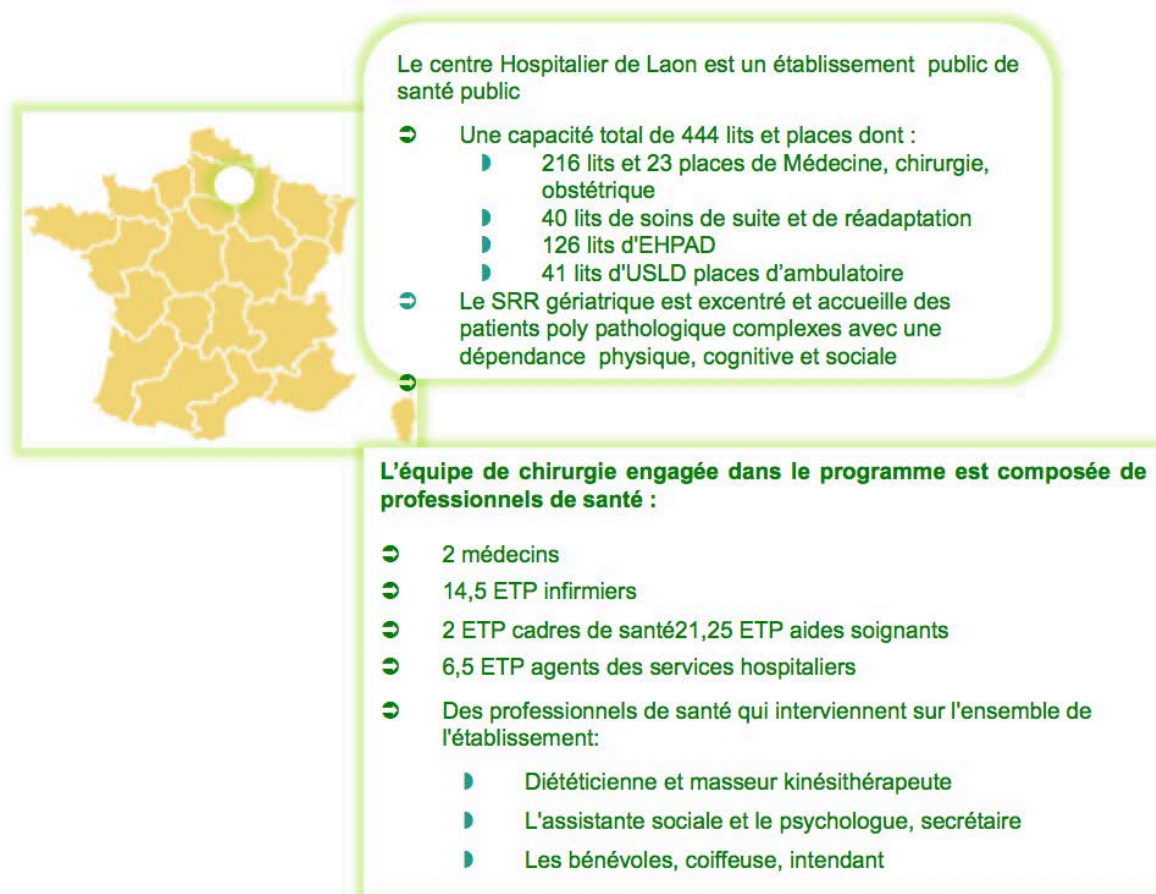
### Notre bilan final

Que reste-t-il à faire ?	<i>Augmenter les séances de débriefing et de briefing de manière plus organisée et plus spontanée</i>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>Pacte est intégré au fonctionnement de l'équipe avec souhait de développer la maturité de l'équipe</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<i>Les échanges dans l'équipe apportent de la compréhension aux problématiques et de l'adhésion aux solutions adoptées</i> <i>Renforcement de la cohésion</i> <i>Meilleure sensibilisation à la sécurité des soins – augmentation de la déclaration des EI</i>

<p>Quelles sont les conditions de réussite ?</p>	<p><i>La motivation des équipes – l’engagement des binômes – la stabilité des équipes</i></p>
<p>Quels sont les principaux risques ? les principales recommandations pour les prochaines équipes ?</p>	<p><i>Profil du binôme adapté – moment bien choisi pour développer le projet en dehors de tout événement majeur du service – équipe stable</i></p>
<p>Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...</p>	<p><i>Utiliser la grille de maturité tout au long du projet par le biais de l’analyse des EI</i></p>

## 2. L'équipe de soins de suite et de réadaptation du centre hospitalier de Laon

### A. L'établissement et l'équipe engagés



### 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, etc.).

## C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

### 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, etc.).

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 :

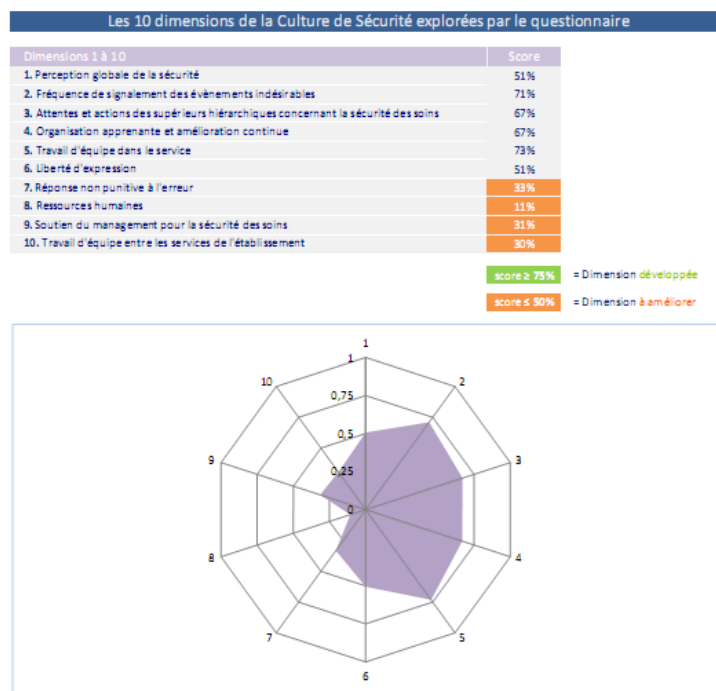
Nous avons recueilli 55 réponses :

- ▶ 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 %.

Plusieurs axes sont à améliorer, 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 en raison des nombreuses 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 et les contraintes d'une part et l'étude de la charge en soins avec niveau de capacité acceptable d'autre part ;
- ▶ la sécurisation (bracelet d'identification en place, médicaments chez patients avec troubles cognitifs à travailler) ;
- ▶ la valorisation de l'alerte : déclarer davantage les EI ;
- ▶ une culture de la transmission existe en interne mais est-elle de qualité ? Comment mieux communiquer avec l'amont (MCO, les transports, etc.) ? Le diagnostic et l'amélioration des transmissions d'équipe sont déjà existants ;
- ▶ l'amélioration de la programmation des entrées inadéquates actuellement (relationnel avec MCO) ;
- ▶ le soutien de l'équipe (situations complexes, difficiles) ;
- ▶ l'amélioration de la perception, par les patients et/ou les familles, de nos limites en termes de ressources (communication « contrat » à l'entrée ?) ;
- ▶ l'information éclairée des personnes avec troubles cognitivo-comportementaux : consentement ? Capacité ? 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 de 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 restaurée SSR/institution avec nouveau regard de l'institution ;
- ▶ un renfort en personnel depuis le 1/04/2015 mais non pérenne ;
- ▶ une déclaration des EI devenue un réflexe pour analyse avec deux 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 une fois par mois,
  - un travail institutionnel en cours sur les risques psychosociaux au travail RPS, avec la 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
<p>Identifier la personne de confiance des patients avec TTC :</p> <p>Évaluation de la capacité du patient</p> <p>Faire comprendre l'intérêt et l'importance de la personne de confiance au patient et sa famille</p>	<p>Formation de l'équipe : rappel sur la personne de confiance et formation à la reformulation</p> <p>Test Faire dire (Teach back) : 02/2015 à 06/2015</p>
<p>Améliorer la communication en équipe :</p> <p>Adaptation des outils de transmissions</p> <p>Participation de toutes les catégories professionnelles</p>	<p>Test Briefing Débriefing</p> <p>En cours</p>

## 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 a 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
<i>Identifier la personne de confiance des patients avec TTC</i>			
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'entrées Satisfaction du patient sur l'information reçue Nombre d'EI en lien avec la relation

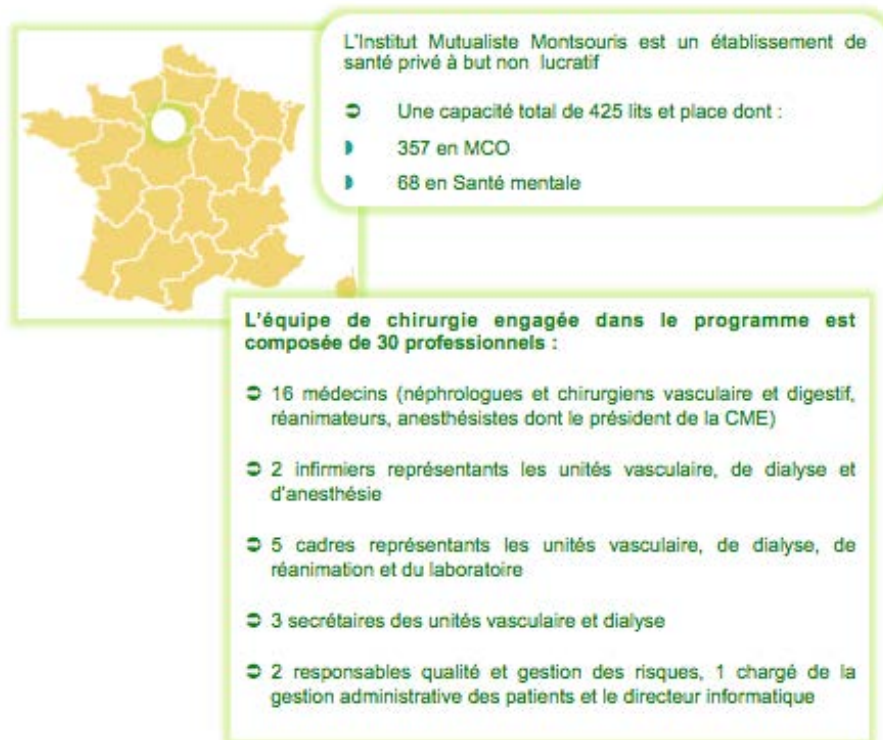
			équipe/patient/famille
<b>Améliorer la communication en équipe</b>			
Test des outils briefing et débriefing	En cours		<p>Nombre d'EI liés aux dysfonctionnements des transmissions</p> <p>Nombre d'EI analysés</p> <p>Satisfaction de l'équipe par rapport aux outils de transmissions</p> <p>Nombre de briefings réalisés</p> <p>Nombre de débriefing réalisés</p>

## D. Principaux messages à retenir

<b>Notre bilan final</b>	
Que reste-t-il à faire ?	<i>Le décloisonnement SSR/CH doit se poursuivre. Une réorganisation polaire pourrait être envisagée dans ce cadre.</i>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>L'équipe souhaite poursuivre Pacte mais doit intégrer de nouveaux intervenants : équipe de médecine gériatrique, par exemple.</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?	<i>Le programme Pacte mis en œuvre au sein du service SSR a permis d'identifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration centrées sur la prise en charge des patients en équipe pluridisciplinaire élargie aux professionnels transversaux qui interviennent dans le service et intégrant, au sein de l'équipe, les professionnels de santé libéraux et les professionnels des services et établissements médicosociaux (programmation et préparation des hospitalisations réalisées en lien avec ces acteurs, participation au staff lors de l'hospitalisation, accompagnement lors de la prise en charge aux urgences, etc.).</i>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<i>Les conditions de réussite d'un tel projet sont en premier l'engagement de l'équipe médicale et paramédicale, mais également celui de la direction.</i>
Quels sont les principaux risques ? les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	<i>Le programme Pacte doit être mené avec le moins d'interférences possibles avec d'autres projets de restructuration ou de réorganisation.</i>
Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...	<i>Lancer la démarche après la réorganisation des services concernés.</i>

### 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 désorganisations 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

### 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 dix dimensions de la culture de la 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.

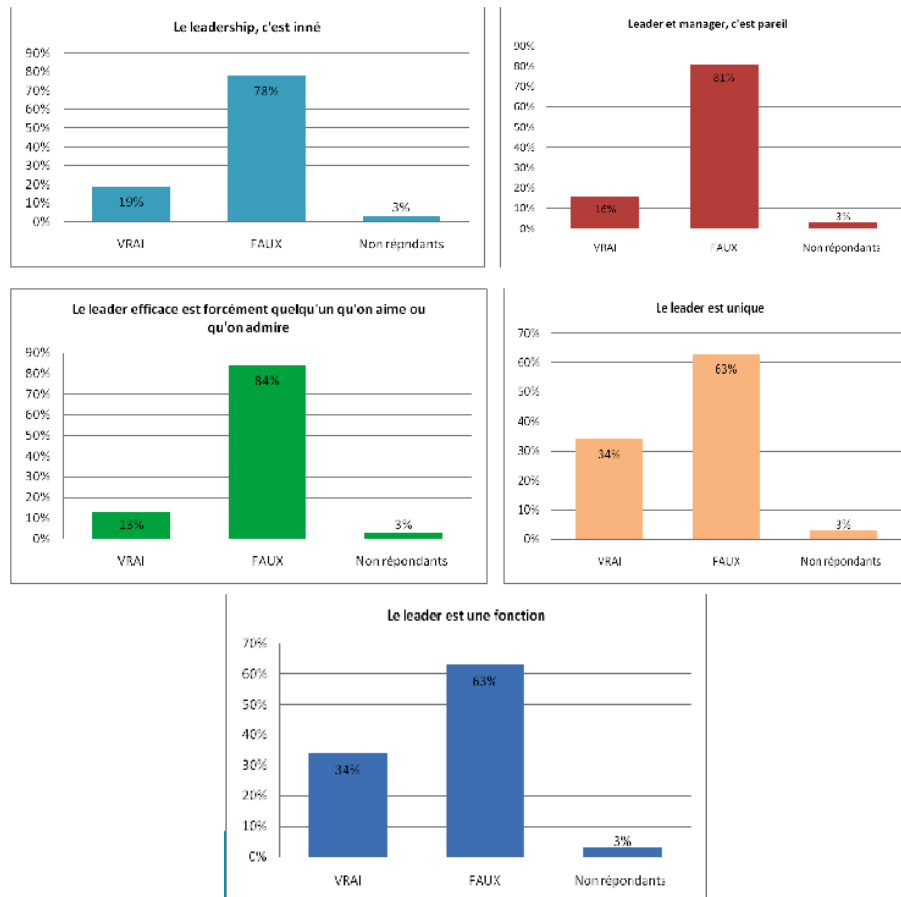
## ➤ Le leadership

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

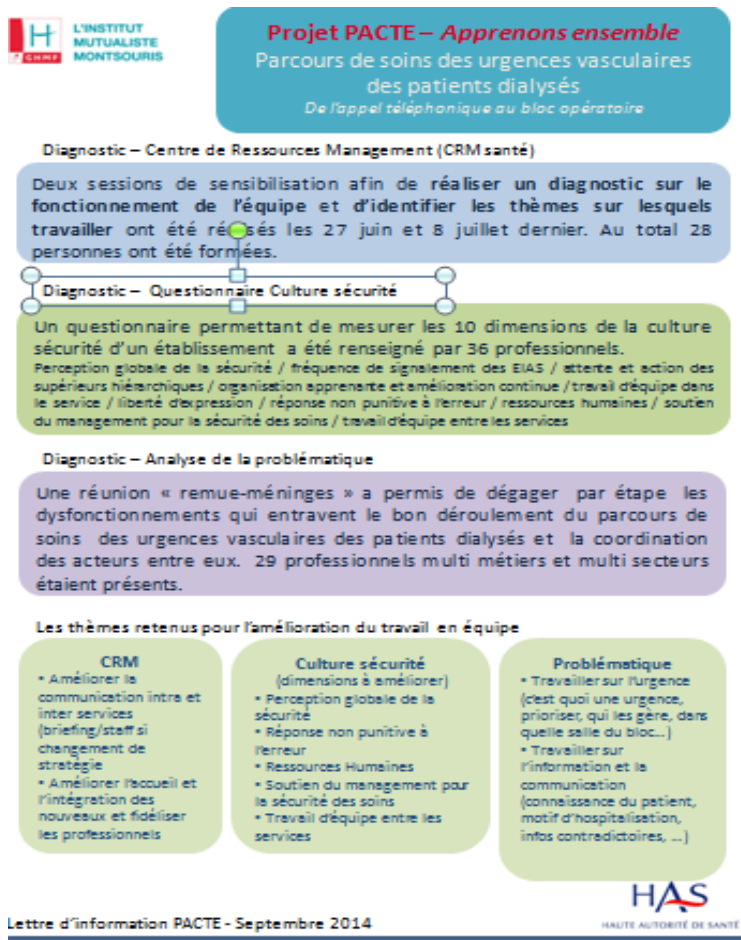
Objectif : lister les problèmes aux interfaces et entre équipes et réaliser un état des lieux des pratiques. Une réunion « remue-méninges » pour démarrer le projet avec des règles claires (pas de censure, sans commentaire ni critique dans le respect et l'écoute de l'autre) a été organisée. Deux, trois 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 une idée à la fois. Le temps de parole a été égal pour chacun quelle que soit sa fonction (chef de service, secrétaire, etc.).

### Notre avis :

- mise 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 :

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



## ➤ 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) des 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 programmée	Mise en place de codes couleurs 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, etc.)  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 événements indésirables et les problèmes organisationnels entre les équipes jour nuit	Mise en place de réunions quotidiennes de type briefing/débriefing

## 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, deux 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>			
Deux 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'écourent.  Moins de désorganisations grâce aux codes couleurs et aux outils de dialogue  Améliore les relations interservices et, en interne, le travail en équipe  Rôle de chacun défini  Circuit patient défini	Enquête auprès des correspondants et enquête satisfaction
Établir 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	
Définir une urgence et mettre en	Réalisé	Améliore sécurité des patients (moins de FEI)	Code rouge : 182 patients

<p><i>place des codes couleurs</i></p>		<p><i>Le service dialyse sort de son enfermement.</i></p> <p><i>Volonté de mener des projets en commun : les services ont fait ensemble la journée du rein</i></p> <p><i>Un pôle rein et vaisseaux émerge</i></p> <p><i>In fine, un réel impact pour le patient et pour la structure avec un impact médico-économique</i></p>	<p><i>Code orange : 158 patients</i></p> <p><i>Code vert : 194 patients</i></p> <p><i>Analyse : avant l'expérimentation, il y aurait eu 534 codes rouges. Il y a donc moins de problèmes d'organisation</i></p> <p><i>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 ré-augmentation de la performance économique du département</i></p>
<p><i>Clarifier le parcours des patients</i></p>			
<p><i>Mettre en place des chemins cliniques</i></p>	<p><i>Réalisé</i></p>		<p><i>Audit de dossiers</i></p>
<p><i>Fidéliser les professionnels</i></p>			
<p><i>Travail participatif</i></p>	<p><i>Réalisé</i></p>	<p><i>Quatre « tirés vers le haut » ont décidé de reprendre des études : une réelle motivation pour progresser deux aides-soignantes (une va faire l'ide l'autre orthoptistes).</i></p> <p><i>Deux IDE vont faire un master et une 3<sup>e</sup> reprend des études</i></p>	<p><i>Nombre de professionnels impliqués dans le projet</i></p>
<p><i>identifier les événements indésirables et les problèmes organisationnels entre les équipes jour et nuit</i></p>			
<p><i>Mise en place de réunions quotidiennes de type briefing/débriefing</i></p>	<p><i>Réalisé</i></p>	<p><i>Taux de débordements au bloc alors que le nombre d'interventions et le TROS augmentent, les débordements et l'activité de nuit/WE se réduisent ;</i></p> <p><i>Donc diminution des coûts d'utilisation du plateau technique bloc</i></p>	<p><i>Suivre dans le temps les codes d'urgence (et les événements indésirables), 1 EPR en 2015</i></p>
<p><i>Mise en place d'un projet « vis ma vie »</i></p>			
<p><i>Un projet écrit a été rédigé par l'encadrement</i></p>	<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 exercent leur fonction pour connaître le parcours de soins dans sa globalité</i></p> <p><i>Le chef de service (chirurgien vasculaire) a suivi pendant une journée une IDE du service dialyse, une démarche suivie par une séance de débriefing</i></p> <p><i>Un film relatant cette journée type de dialyse a permis de montrer ce que chacun fait à</i></p>		

## ➤ Premiers 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.

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La culture de la sécurité :

Les questions n'ayant pas été considérées en rapport avec la problématique étudiée, les professionnels n'ont pas adhéré et la 2<sup>e</sup> évaluation n'a pas été réalisée.

### ➤ La matrice de maturité :

Cette matrice a été jugée trop conceptuelle par les professionnels et l'évaluation n'a pas été réalisée. Les professionnels sont globalement satisfaits et plus particulièrement dans un service.

### ➤ Nos résultats :

- **mise en place d'une plateforme d'accueil des urgences**, destinée au recueil des informations en amont de l'hospitalisation mise en place en janvier 2017 (2<sup>e</sup> semaine). À la fin de l'année 2017, la plateforme sera proposée à tous les correspondants ;
- **mise en place d'une messagerie sécurisée :**
  - dans un 1<sup>er</sup> temps entre les membres de l'équipe depuis le 01/12/2016,
  - fin du test de la messagerie fin janvier 2017,
  - fin février 2017 : mise en test de la messagerie avec les correspondants « phare »,
  - fin 2017 : messagerie proposée à tous les correspondants et accessibilité aux patients ;
- **les indicateurs :**
  - les requêtes sont faites,
  - les indicateurs seront relevés via la plateforme fin janvier 2017.

## D. Principaux messages à retenir

### Notre bilan final

Que reste-t-il à faire ?	<i>Rendre pérenne et généraliser l'organisation</i>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>Oui : aujourd'hui, la nouvelle organisation est intégrée dans les pratiques</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<p><i>Pour l'équipe, PACTE a développé la capacité à se parler et à s'écouter</i></p> <p><i>Pour l'établissement PACTE a créé de la transversalité, il y a désormais moins de conflit plus de respect. On constate également une diminution des coûts d'hospitalisation (impact financier)</i></p> <p><i>Pour le patient : on est passé d'une lutte de pouvoir à une préoccupation patient, le patient bénéficiant d'une meilleure interaction entre les professionnels</i></p>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<p><i>Soutien et volonté de la direction</i></p> <p><i>Capacité pour les professionnels en position d'autorité à se remettre en question</i></p>
Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	<p><i>Risques : l'absence de soutien et que cela se délite avec le temps</i></p> <p><i>Recommandations : il faut accorder du temps dédié et sanctuarisé au projet</i></p>
Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...	<i>Se mettre plus en mode projet (formalisation, échéanciers livrables, etc.) et donc des gens formés</i>

#### 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 diffusé 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 les 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 décloisonnement entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

## C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

### 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'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 :

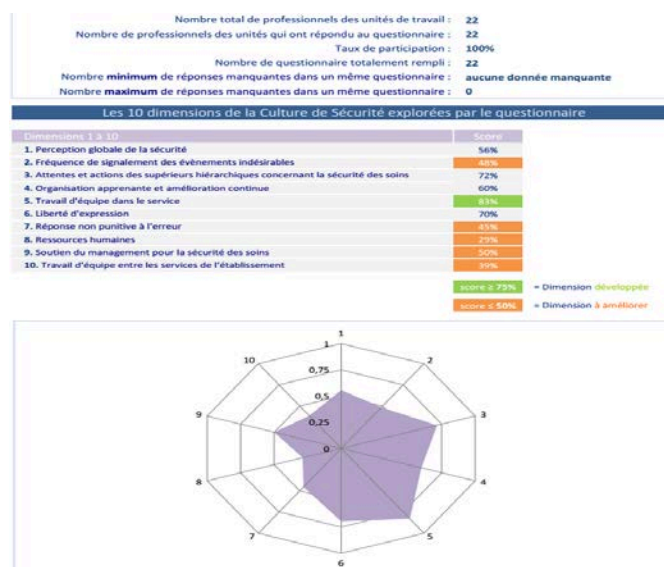
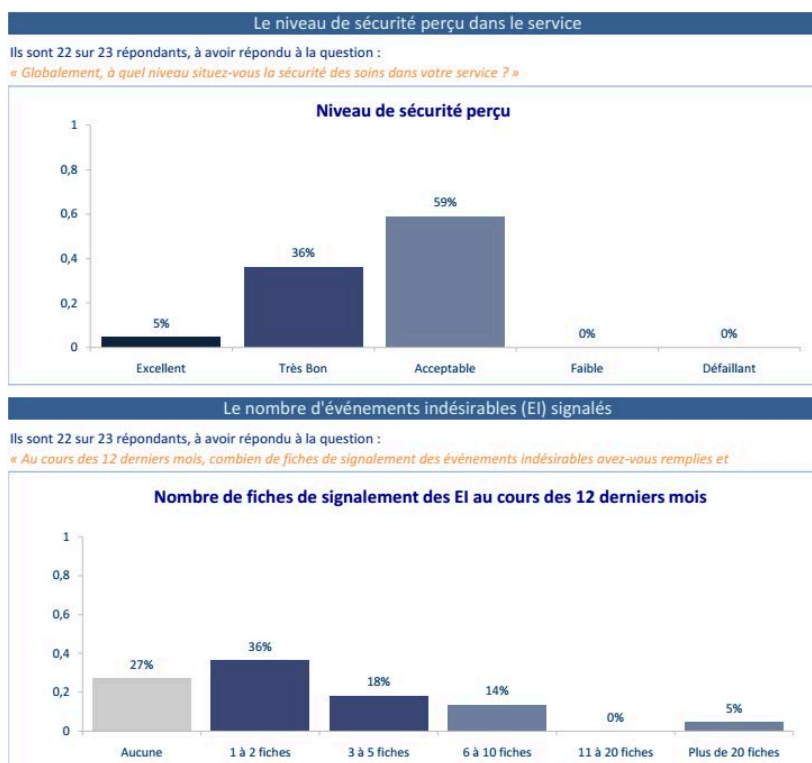


Figure 11.2 :



## ➤ Le CRM Santé

Deux séances de CRM ont été réalisées, les 30/06/2014 et 10/07/2014, et ont chacune rassemblé 20 participants. La composition des deux 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 (courriel) ;
- ▶ 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

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

## 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 par téléphone et/ou par courriel.

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

#### 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 deux sessions de formation souhaitent que tous les acteurs de l'HAD suivent cette formation pour améliorer la communication. Une réflexion est en cours à ce sujet ; de nouvelles sessions de formation Saed ont été programmées dans le cadre du plan de formation.

## 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	Réalisée	13 questionnaires d'évaluation de l'appelé renseignés 31 questionnaires d'évaluation de l'appelant renseignés	Nombres de questionnaires renseignés
Formation Saed : mai-juin 2015	Réalisée	Plus de 70 % de l'équipe Pacte formée Les salariés formés estiment d'après l'enquête de satisfaction que la formation a eu un impact sur la qualité des échanges et les modalités de préparation avant un appel téléphonique	Taux de professionnels formés, taux de satisfaction
Réévaluation de la qualité des appels : septembre 2015	Annulée		
Élaborer une grille d'évaluation de la présentation des patients durant les staffs (mars 2015)	Réalisé	La diffusion de la grille a eu un impact sur la qualité des réunions pluri-professionnelles d'après l'enquête de satisfaction	Document élaboré, satisfaction
Évaluer la présentation des patients (août 2015)	Réalisée	25 présentations évaluées	Résultat de l'évaluation
Élaborer une fiche technique : rédaction des staffs (juin 2015)	Réalisée		Document élaboré, satisfaction

Harmoniser la tenue du dossier patient (informatique et domicile)			
Mettre en place un groupe dossier patient (mai 2014)	Réalisée	Sept réunions réalisées ; 12 documents mis à jours, refonte en cours du logiciel métier	Nombre de réunions réalisées, suivi des signalements d'événements indésirables
Évaluer la tenue du dossier patient IPAQSS hors protocole (février 2015)	Réalisée	90 % des objectifs atteints ; 34 dossiers évalués	Résultat de l'évaluation, suivi IPAQSS
Améliorer le signalement des alertes			
Élaborer une fiche technique « Mieux donner l'alerte »	En cours de finalisation		Document élaboré

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La culture de la sécurité :

#### Synthèse de nos résultats

L'enquête confirme des points positifs :

- ▶ le travail d'équipe dans le service ;
- ▶ une augmentation de la fréquence de signalement des EI.

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.

#### Les actions à venir

Quiz et sensibilisation sur le signalement des événements indésirables (intérêt, dispositifs en place) durant la semaine sécurité patient 2016.

### ➤ L'enquête de satisfaction des professionnels engagés dans Pacte :

42 % des répondants recommanderaient ce projet à d'autres équipes.

76 % estiment que les travaux menés bénéficieront à toute la structure.

## D. Principaux messages à retenir

### Notre bilan final

Que reste-t-il à faire ?	<i>La priorité est de consolider les acquis du projet et de diffuser les éléments aux autres équipes de la structure afin de capitaliser sur l'expérience Pacte</i>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>Non</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?	<i>Les équipes ont apprécié la variété des outils utilisés durant la phase de diagnostic. Ces temps d'échange encadrés ont permis de favoriser le dialogue. La participation au projet a permis de mettre en valeur l'importance de la communication entre les équipes et de découvrir des méthodes d'analyse et d'action</i>

<p>Quelles sont les conditions de réussite ?</p>	<p><i>Une gestion de projet plus claire en termes de calendrier</i></p> <p><i>Un déploiement du projet sur un temps plus court</i></p> <p><i>Une implication plus forte des équipes</i></p> <p><i>Une communication régulière sur les avancées du projet (au niveau des membres du projet et au niveau institutionnel)</i></p> <p><i>Une valorisation des avancées obtenues grâce à Pacte</i></p> <p><i>Un soutien institutionnel fort</i></p>
<p>Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?</p>	<p><i>Les professionnels de terrain ont besoin d'éléments concrets afin de pouvoir s'impliquer dans la durée sur un projet. La durée du projet ne facilite pas l'implication des équipes sur la durée. La visibilité du projet au sein de la structure est un élément essentiel pour conserver la dynamique.</i></p>
<p>Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...</p>	<p><i>Le projet a été mené par un cadre de santé, un médecin coordonnateur, le service qualité. Il aurait été intéressant d'associer un infirmier de chaque équipe dans l'équipe en charge du pilotage.</i></p> <p><i>Pour les projets à venir, une réflexion en amont sera menée sur les modalités de communication en interne du suivi du projet.</i></p>

## 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 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 trois 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

### Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

#### ➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée à l'issue de trois 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, à la suite d'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.

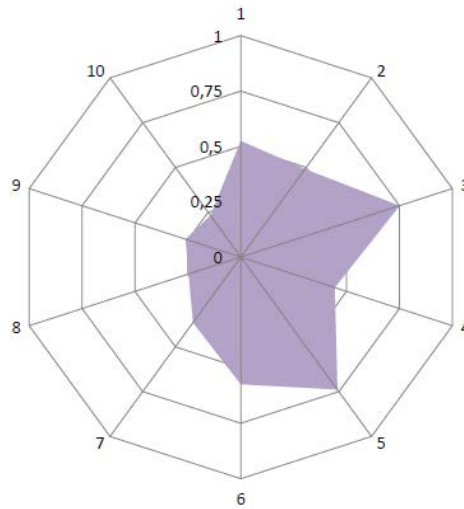
Présentation des résultats par dimension : figure 6

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	52%
2. Fréquence de signalement des événements 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 6 :



### ➤ Le CRM Santé

Trois séances de CRM santé ont été réalisées pour respectivement huit, 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 décloisonnement des professionnels, l'ouverture du dialogue.

Les principaux enseignements portent sur :

- ▶ la communication en équipe et la coopération ;
  - centrées autour du patient :
    - temps d'échange pluridisciplinaire partagé, autour du patient : médecins + soignants + médicotéchniques + 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 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 quatre 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

A la suite du 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 <sup>e</sup> 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 <sup>e</sup> tri 2014 Brancardiers : lors de la prise de connaissance des informations du planning (annulations, retards, etc.), demander des compléments à l'équipe puis transmettre les éléments aux kinés – 4 <sup>e</sup> tri 2014 Si nécessaire pour un patient, inviter la diététicienne à la réunion institutionnelle (RI) – 1 <sup>er</sup> 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 la sécurité	Développer le signalement et l'analyse approfondie des événements indésirables – 4 <sup>e</sup> tri 2014 Former le personnel MPR et rééducation au signalement des événements indésirables sur le logiciel ENNOV + charte du signalement – 1 <sup>er</sup> tri 2015

## Retour d'expérience sur l'étape de mise en œuvre & 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 trois 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 patients.

**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.

**➤ Teach Back**

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

- ▶ déroulement :
  - première réunion entre la famille et l'équipe,
  - un rendez-vous avec l'assistante sociale qui fait reformuler, apprécie le degré de compréhension des informations délivrées lors de la réunion entre la famille et l'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. À 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

### Améliorer la compréhension du patient et son adhésion à son projet personnalisé

Actions	Avancement au 01/09/2015	Méthode de suivi dont les indicateurs	Résultat intermédiaire éventuel
Reformulation du patient lors de l'organisation de sa sortie – nov. 2014	Réalisé pour les prises en charge des patients neurologie avec objectif de retour à domicile nécessitant des aménagements dans la vie quotidienne	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 : êtes-vous satisfait de l'information que vous avez reçue pour le retour à domicile ?	Oui, c'est utile : <ul style="list-style-type: none"> <li>pour les professionnels car ils adaptent leur discours ;</li> <li>pour les patients car cela favorise leur adhésion au projet de sortie</li> </ul>
Reformulation du patient en situation ponctuelle (ex : griefs) – nov. 2014	Réalisé pour un patient mécontent	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"> <li>pour les professionnels car ils comprennent les griefs des patients ;</li> <li>pour les patients car cela favorise leur expression</li> </ul>

### Décloisonner les professionnels

Kinés : si cela est nécessaire pour un patient, assister aux transmissions de l'équipe ou organisation d'un briefing restreint (kiné, IDE, AS) – 4e tri 2014	Réalisé plusieurs fois par semaine	Question posée aux professionnels : les échanges plus fréquents facilitent-ils votre travail ?	Oui, cela permet de : <ul style="list-style-type: none"> <li>mieux connaître les capacités du patient ;</li> <li>mieux ajuster les plannings de rééducation</li> </ul> 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, etc.), demander des compléments à l'équipe puis transmettre les éléments aux kinés – 4e tri 2014	Réalisé	Question posée aux professionnels : les échanges plus fréquents facilitent-ils votre travail ?	Oui, cela permet de : <ul style="list-style-type: none"> <li>mieux connaître les capacités du patient ;</li> <li>mieux ajuster les plannings de rééducation</li> </ul> Les professionnels ne remettent plus en cause l'utilité des réunions interdisciplinaires
Si nécessaire pour un patient, inviter la diététicienne à la RI – 1er tri 2015	L'organisation est en place au besoin	Question à poser aux professionnels en RI, par le médecin et/ou le cadre : les échanges plus fréquents facilitent-ils votre travail ?	Oui, même si la diététicienne ne peut pas venir systématiquement aux RI, les professionnels accordent une attention particulière aux échanges lors de son passage dans le service
Sur le support rempli en réunion interdisciplinaire, ajouter une case pour la diététicienne afin qu'elle puisse donner par écrit les informations diététiques	Réalisé, pour les patients d'un premier secteur Évolution de l'action vers la mise en place	Question à poser aux professionnels en RI, par le médecin et/ou le cadre : les échanges plus fréquents facilitent-ils votre travail ?	Oui, l'écrit sur le support des RI permet de cibler les échanges et d'éviter les oublis

<p>concernant les patients – mai 2015</p>	<p>d'un cahier de transmissions soignants-diététicienne (qui remplacerait la partie diététique de la feuille de réunion institutionnelle)</p>		
<p>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</p>	<p>Réalisation de trois débriefings : situation d'agression entre deux patients, PEC compliquée Manquement dans le planning des rendez-vous patient Réalisation d'un briefing : accueil</p>	<p>Questions posées aux professionnels : le briefing est-il utile ? Vous aide-t-il à vous organiser ?</p>	<p>Oui</p> <p>Nombre de briefings : un Nombre de débriefings : trois Puis intégration de cette pratique briefing/débriefing dès que nécessaire dans l'organisation du service</p>
<p><b>Impliquer le patient</b></p>			
<p>Construire un support d'information comportant les consignes à suivre pour les troubles de la déglutition – 2015</p>	<p>Affiches réalisées en août 2015 À mettre en place à partir de sept 2015</p>	<p>Question à poser aux patients/entourage, par le médecin et le cadre : cette affiche vous est-elle utile ? Questions à poser aux professionnels en réunion interdisciplinaire, 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 ?</p>	<p>Oui, l'affiche est utile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elle est un bon support, appuyant l'information donnée au patient et à la famille. Elle facilite la mémorisation des consignes par le patient ;</li> <li>• elle est un bon support de transmission de l'information entre soignants et l'entourage du patient</li> </ul> <p>Autre projet : support d'information du patient concernant les actes qu'il peut réaliser lui-même, en fonction de son degré d'autonomie. En cours avec le soutien d'un laboratoire</p>
<p>Délivrer au patient les informations concernant le service et le déroulement des soins : élaborer une charte de bonne conduite du patient hospitalisé – mai 2015</p>	<p>Réalisé</p>	<p>Question à poser aux patients/entourage par le médecin : êtes-vous satisfait de l'information que vous avez reçue pour l'organisation des soins ? Questions à poser aux professionnels en réunion interdisciplinaire, 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 patients ? Avez-vous observé une meilleure observance ou une meilleure adhésion à la prise en charge ?</p>	<p>Oui, la charte facilite l'adhésion du patient à l'organisation du service (par exemple : meilleure compréhension des conséquences du non-respect des horaires de rendez-vous kiné)</p>

Développer la culture de la sécurité			
Développer le signalement et l'analyse approfondie des événements indésirables – 4 <sup>e</sup> tri 2014	Nb d'analyses approfondies		Une en 2014 (RMM) Une au 1 <sup>er</sup> tri 2015 (RMM) Une au 2 <sup>e</sup> tri 2015 (CREX – ALARM)  Rédaction d'une procédure RMM
Former le personnel MPR et rééducation au signalement des événements indésirables sur ENNOV + charte du signalement – 1 <sup>er</sup> tri 2015	Réalisé les 4 et 13/03/2015	Nb de personnes formées Nb de signalements ENNOV par le service MPR-rééducation	18 personnes formées

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La grille de maturité selon le modèle de SHORTELL :

#### Nos résultats :

- ▶ axe stratégique : niveau 4 ;
- ▶ axe technique : niveau entre 2 et 3 ;
- ▶ axe structurel : niveau 4 ;
- ▶ axe culturel : niveau entre 3 et 4.

#### Actions en cours :

- ▶ atelier de groupe : actions d'amélioration ;
- ▶ formation ENNOV récente sur le signalement des EI, mise en pratique à réaliser ;
- ▶ poursuivre l'analyse des EI en équipe pluridisciplinaire (faciliter l'échange) : retour d'expérience et RMM.

### ➤ L'enquête de satisfaction des professionnels engagés dans Pacte :

#### Nos résultats :

- ▶ 25 questionnaires rendus ;
- ▶ résultats globalement positifs mais les commentaires indiquent que certains professionnels ont été « perdus » (non associés) en cours de démarche.

#### Actions en cours :

- ▶ associer les professionnels de nuit à la définition et à la mise en œuvre du plan d'actions (pas uniquement lors du diagnostic des forces et faiblesses de l'équipe) ;
- ▶ associer les nouveaux professionnels au fur et à mesure de leur arrivée dans le service.

### ➤ Nombre d'EI signalés :

#### Nos résultats :

- ▶ 2013 : sept signalements ;
- ▶ 2014 : 18 (dont neuf associés aux soins) ;
- ▶ 2015 (au 10/06) : 12 (dont cinq 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 ;



- ▶ depuis mai 2014 : diversification des fonctions signalant et prise d'autonomie dans la réalisation des signalements.

#### **Actions en cours :**

- ▶ organiser un retour synthétique des réunions vers les personnes qui ne peuvent pas être présentes, lors des transmissions ou réunions interdisciplinaires ;
- ▶ sensibilisation à poursuivre dans le cadre des actions institutionnelles.

#### ➤ **Nombre d'EI suivis d'analyse approfondie de cause et retour d'expérience**

#### **Nos résultats :**

- ▶ 2014 = une RMM ;
- ▶ 2015 (au 10/06/2015) = une RMM et un CREX.

#### **Actions en cours :**

- ▶ à poursuivre ;
- ▶ formation du cadre de santé à l'analyse ALARM, intégration dans le réseau interne des référents signalement et analyse des EI associés aux soins.

#### ➤ **Patient traceur « équipe »**

#### **Nos résultats :**

- ▶ mise en évidence de la progression de l'équipe en termes de collaboration et de coordination entre professionnels et de communication avec le patient ;
- ▶ écoute appuyée du patient et de l'entourage, recherche de l'adhésion du patient, vérification de la compréhension du projet de soins.

#### **Actions en cours :**

- ▶ améliorer les liens avec les professionnels de ville qui assurent le relais de la prise charge du patient (téléphoner aux professionnels de ville quelques jours avant, mais aussi quelques jours après la sortie du patient).

#### ➤ **Questionnaires de satisfaction aux patients**

#### **Nos résultats :**

- ▶ évolution de la satisfaction des patients sur 30 mois (janvier 2014 à juin 2016) ;
- ▶ augmentation de 20 % de patients très satisfaits de l'information sur leur état de santé (40 % en 2013, 60 % en juin 2016).

#### **Actions en cours :**

- ▶ communiquer régulièrement les résultats à l'équipe MPR.

#### ➤ **Indicateurs RH : absentéisme en MPR et en kinésithérapie**

#### **Nos résultats :**

- ▶ taux d'absentéisme en MPR :
  - 2013 = 10,65,
  - 2014 = 8,49,
  - 2015 = 9,07 ;
- ▶ taux d'absentéisme en kinésithérapie :
  - 2013 = 17,75 (comprend un congé de longue durée),
  - 2014 = 10,15 (comprend un congé de longue durée),
  - 2015 = 2,47 ;
- ▶ sur deux ans, diminution du taux d'absentéisme et diminution du *turn-over* de personnel ;
- ▶ difficulté : le taux d'absentéisme global ne permet de déterminer précisément l'impact du projet Pacte sur la qualité de vie au travail. Il faudrait les causes de l'absentéisme (congé de longue durée, congé maternité).

## Actions en cours :

- une enquête sur la satisfaction au travail sera réalisée à l'échelle de l'établissement au 4<sup>e</sup> trimestre 2016. Les résultats pour les services de MPR et kinés pourront être utilisés dans le cadre de l'évaluation du projet Pacte.

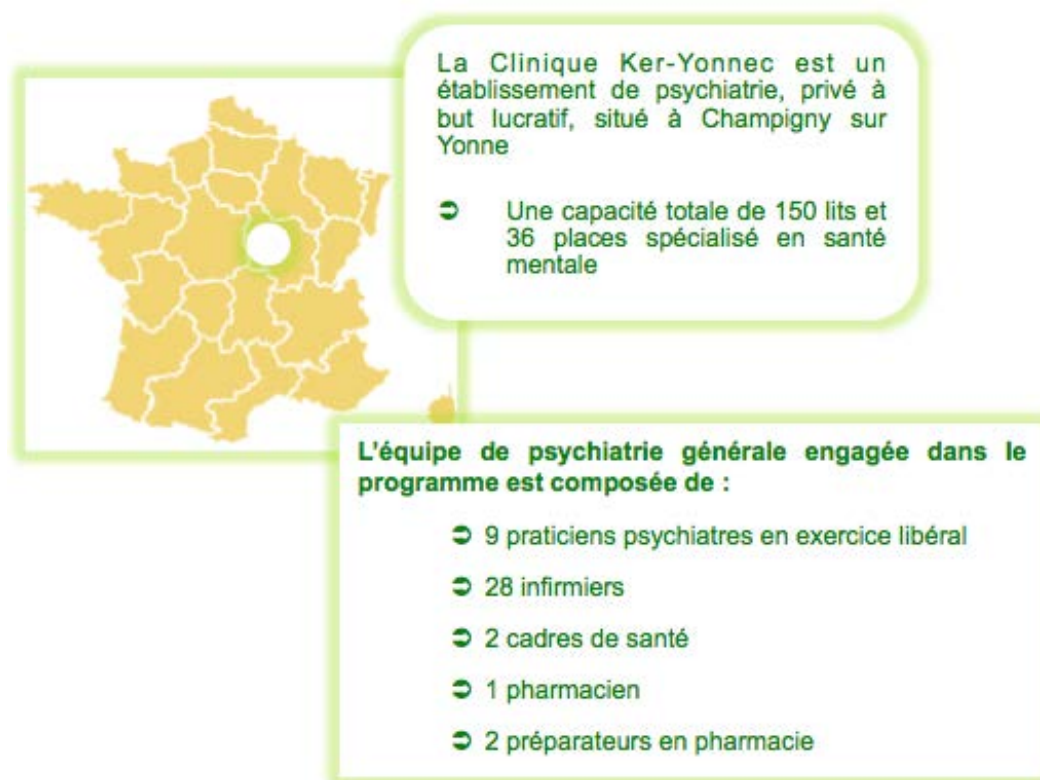
## D. Principaux messages à retenir

Notre bilan final	
Que reste-t-il à faire ?	<p>Enquête « culture sécurité »</p> <p>Communiquer au sein du CH d'Argenteuil : réunion médicale de pôle (réunion des cadres du pôle déjà réalisée), CME, Comité de direction, CSIRMT, CRUQ</p>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	Oui, l'équipe intègre les acquis du projet Pacte dans son fonctionnement quotidien.
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<p>L'équipe a renforcé son objectif de prise en charge visant l'autonomie du patient : les professionnels de MPR et de kinésithérapie s'accordent pour utiliser les capacités des patients de façon plus juste, afin d'améliorer leur autonomie.</p> <p>La prise en compte du facteur humain dans les analyses de processus est un élément de sécurisation essentiel, complémentaire à l'aspect technique. La communication, la collaboration participe d'une part à la sécurité des soins, d'autre part à la bienveillance des patients.</p> <p>Le patient peut participer pleinement à la sécurité de ses soins.</p> <p>Le projet Pacte permet une prise de conscience du fonctionnement de l'équipe et est stimulant, valorisant pour les professionnels.</p>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>engagement et soutien du directeur de l'établissement, du président de CME et du directeur des soins ;</li> <li>définition d'une stratégie de communication autour du projet ;</li> <li>planification du projet respectueuse de la charge de travail des équipes ;</li> <li>information et implication du coordonnateur des risques et du gestionnaire de risques ;</li> <li>assurance sur la confidentialité des données ;</li> <li>engagement formel des facilitateurs, facilitateur extérieur à l'équipe ;</li> <li>capacité de produire et d'assurer le suivi de livrables : planifier les étapes et suivre le calendrier.</li> </ul>
Quels sont les principaux risques ? les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>composition de l'équipe incomplète ou inadéquate : inclure un maximum de personnes afin d'assurer une représentativité exhaustive des métiers intervenants sur la problématique ;</li> <li>non-adhésion des professionnels : choisir une problématique faisant l'unanimité au sein de l'équipe ; communiquer auprès de l'équipe lors de réunions d'information : lancement et suivi, formalisation ; associer l'équipe aux modalités de mise en œuvre des actions d'amélioration ;</li> <li>non-disponibilité des professionnels : engagement de la direction ; organisation des séances de travail en amont ;</li> <li>diagnostic erroné : suivre la méthodologie HAS ; instaurer un climat de confiance et permettre l'expression des professionnels, bannir la culture du blâme ; engagement de la direction ; communiquer auprès de l'équipe sur ces engagements ;</li> <li>actions d'amélioration non adaptées : associer l'équipe aux choix et aux modalités de mise en œuvre des actions d'amélioration ; pour chaque action d'amélioration, définir les freins possibles et les lever avant mise en œuvre ;</li> <li>non-respect des délais : suivre le calendrier, ajustements si nécessaire ;</li> <li>absence de mesure des résultats : définir des indicateurs d'évaluation au regard des</li> </ul>

	<p>actions d'amélioration retenues ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- survenue de changements majeurs dans le service (ex : départ de personnes clé dans le projet) : inclure des binômes sur les fonctions clés ; inclure les nouveaux professionnels dans le projet dès leur retour ;</li> <li>- changement d'équipe et/ou restructuration au sein du service : anticiper ce point critique lors de la définition de la problématique et de la composition de l'équipe.</li> </ul>
<p>Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...</p>	<p>Prendre le temps d'associer l'équipe complète à la définition de la problématique, afin d'obtenir une plus forte adhésion au projet.</p> <p>Réalisation du diagnostic sur une période plus longue (une période de trois mois est trop courte).</p> <p>Organiser des micros réunions plus régulièrement, animées par le binôme.</p> <p>Suivre les changements dans la composition de l'équipe afin de n'oublier personne dans le projet (nuit, nouveaux arrivants, etc.).</p>

## 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 était 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, 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 à l'administration 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

### Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

#### ➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée en mai 2014.

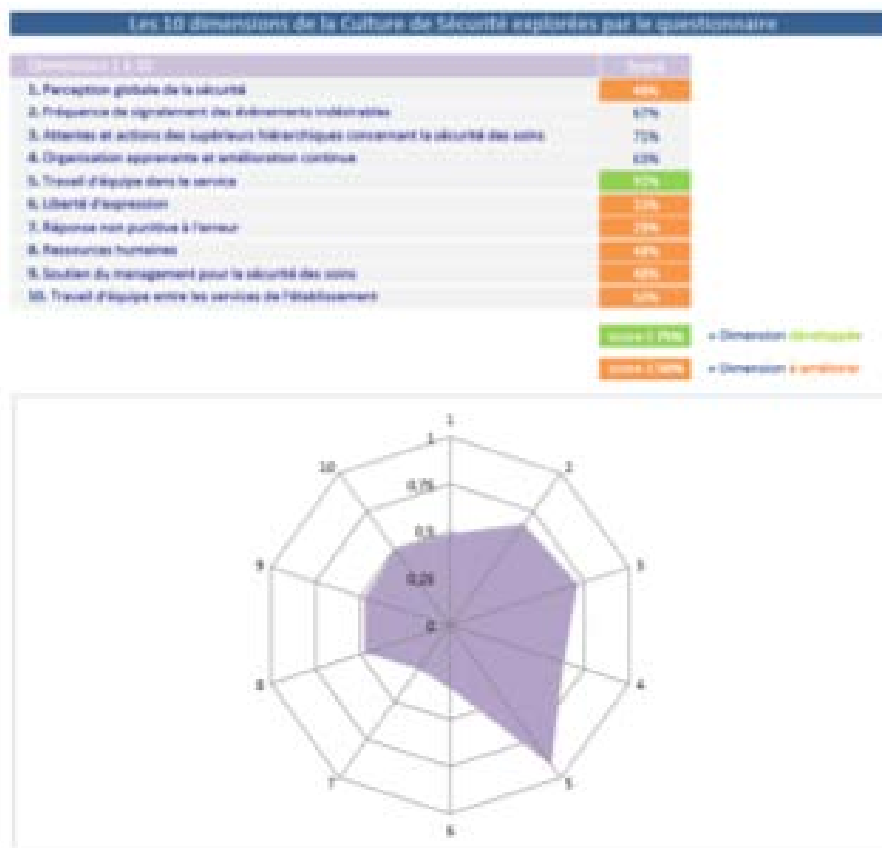
#### **Notre avis :**

- 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 événements 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 cinq médecins libéraux sur neuf, 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 de briefings,
  - 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 événements 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.

## 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 :**

- cet outil 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'actions et résultats

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
<b>Améliorer la communication</b>			
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.	Réalisé	Amélioration de la communication	Nombre de personnels formés
<b>Améliorer le signalement des événements indésirables</b>			
Rédaction d'une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables : février 2014.	Réalisé	Légère augmentation globale.	Nombre d'événements indésirables déclarés et nombre de déclarants distincts.



### Améliorer la transmission de l'information

<i>Ouverture d'une seconde infirmerie pour scinder celle existante en deux : août 2015.</i>	<i>Réalisé</i>	<i>Meilleure transmission d'informations et minoration des interruptions de tâches</i>	<i>Nombre d'événements indésirables déclarés.</i>
---	----------------	--	---

### Inclure le patient dans la prise en charge

<i>Évaluation de la connaissance du traitement dans les entretiens à J10 avec les patients : juin 2014.</i>	<i>Réalisé</i>	<i>Meilleure intégration du patient dans sa prise en charge médicamenteuse</i>	<i>Nombre d'entretiens réalisés</i>
---	----------------	--	-------------------------------------

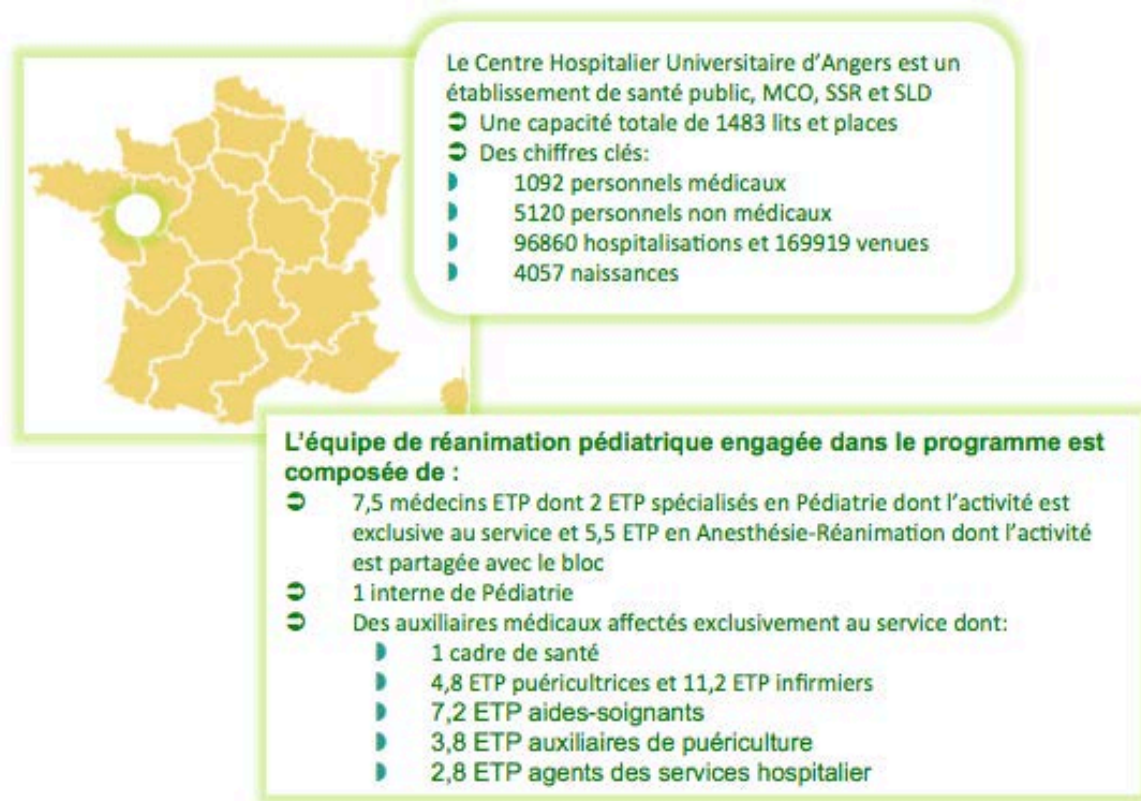
## D. Principaux messages à retenir

### Notre bilan final

L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	Les actions définies dans le cadre de Pacte sont pérennisées et un second service s'est engagé dans un nouveau projet Pacte.
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	Ces temps d'échanges pour ce projet ont conduit à des actions d'amélioration recueillant une adhésion commune et donc une plus grande implication pour les mener à bien (création d'une seconde infirmerie notamment pour limiter les interruptions de tâches, l'utilisation d'outils de communication et l'implication du patient dans sa prise en charge médicamenteuse).
Quelles sont les conditions de réussite ?	Une équipe impliquée de façon volontaire et un binôme pour la conduite du projet alliant un professionnel du soin et un professionnel relevant du service qualité.
Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	Les principaux risques seraient la définition d'une problématique avant l'étape du CRM Santé, une mauvaise définition et donc construction de la notion d'équipe, la création de frustrations en dégageant des pistes d'amélioration non prioritaires. Les principales recommandations seraient d'identifier les personnes ressources pour la conduite du projet dès l'engagement, de définir la problématique seulement après l'étape du CRM Santé.

## 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 implication dans 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 à la suite de 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

### 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).

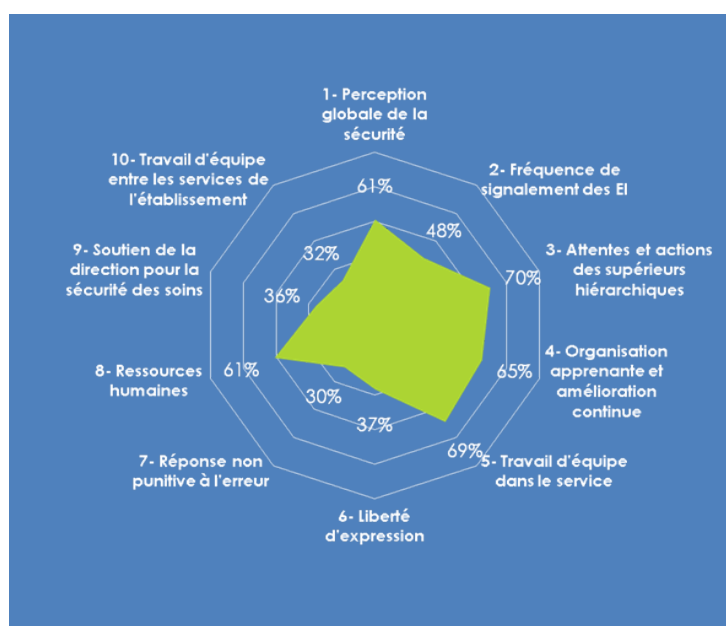
Des axes de progrès sont mis en évidence :

- ▶ 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 **montrés du doigt** en cas d'erreur (dimension 7),
  - 39 % des professionnels s'inquiètent 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 deux 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 ;
- il est 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 médecins et paramédicaux ;
- ▶ sur la communication :
  - communication médicale pour que tout le monde soit informé (dans les deux sens),
  - information ascendante et descendante, le partage (médecins/paramédicaux) y compris après les événements 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 macro-cible 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 évènements 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>À prévoir au départ, sur l'évaluation d'une trentaine d'entrées (en réalité 75) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- 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 ;</li> </ul>

	- évaluation de la satisfaction des parents après l'entretien médical.
<i>Améliorer la mise en condition de l'enfant</i>	<i>Mise en plaque d'une feuille de briefing premier semestre 2015</i>
<i>Améliorer et sécuriser les transmissions entre les paramédicaux et entre médecins</i>	<i>Formation au Saed sous forme de jeux de rôles, fin premier semestre 2015</i>
<i>Améliorer l'entretien médical avec les parents</i>	<i>Formation au Faire dire : situation filmées et débriefing, fin premier semestre 2015</i>
<i>Homogénéiser le partage d'information après la stabilisation de l'enfant</i>	<i>Débriefing fin premier semestre 2015</i>
<i>Communiquer sur l'avancement du plan d'actions</i>	<i>Mise en place d'une d'information régulière sous forme d'affiche (3)</i>



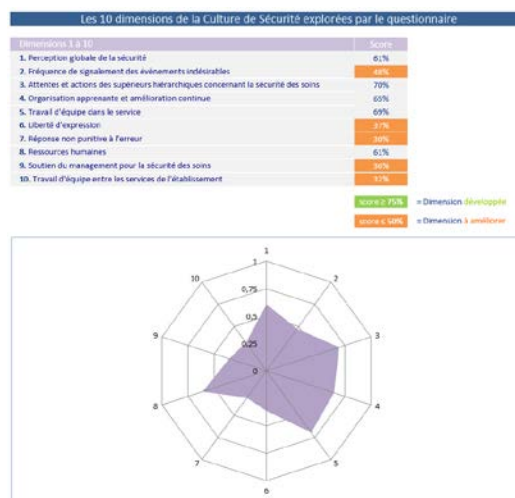
➤ Suivi du plan d'actions

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>			
Questionnaire à destination des AS et des IDE permettant d'évaluer les connaissances de ces soignants sur les patients qu'ils ont en charge.	En cours	Ces indicateurs seront relevés de nouveau en fin d'année 2015	Constatation de changements transitoires de pratique lors de la mise en place des outils d'évaluation
<i>Sur l'étape de l'entretien médical</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.	En cours	Ces indicateurs seront relevés de nouveau en fin d'année 2015	Demandes plus importantes d'informations par les paramédicaux
<i>Sur la satisfaction des patients</i>			
Évaluation de la satisfaction des parents après l'entretien médical	En cours	Ébauche d'évolution par rapport à la déclaration d'EIG	

Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

➤ La culture de la sécurité

L'enquête a été de nouveau réalisée, cette fois de façon autonome par l'équipe. Elle ne montre pas de réel changement par rapport à la première évaluation. Ceci pouvant être lié au renouvellement d'une partie de l'équipe.



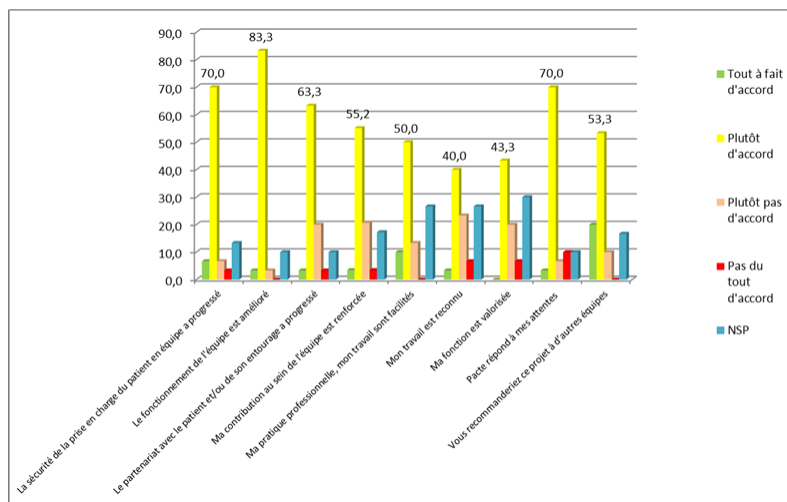
➤ La grille de maturité selon le modèle de SHORTELL

L'évaluation a été réalisée à partir de la gestion de trois événements indésirables retenus par l'équipe.

SCORE DE MATURITE			
Axe stratégique	Axe technique	Axe structurel	Axe culturel
4	3 en progression	3	Entre 3 et 4

## ➤ Le questionnaire de satisfaction à l'issue de la démarche Pacte

Diagramme des questionnaires de satisfaction rempli par les professionnels de santé à l'issue de la démarche Pacte.



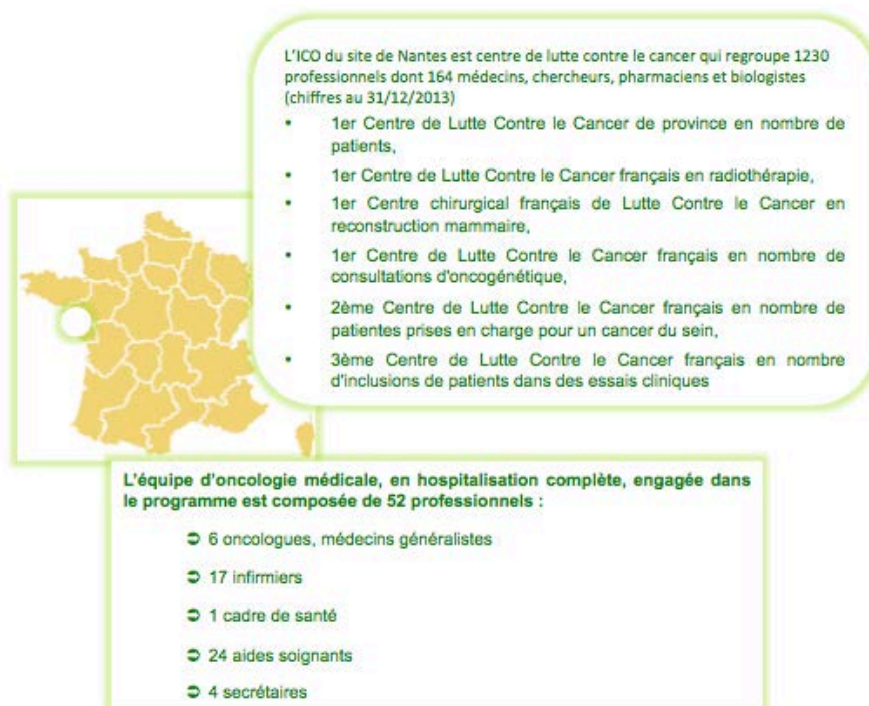
## D. Principaux messages à retenir

### Notre bilan final

Que reste-t-il à faire ?	<i>Formation des nouveaux arrivants, maintien de la culture Pacte dans le service (phase d'évaluation, audit, réadaptation des pratiques, entretien de la connaissance des outils choisis)</i>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>Pacte a créé une dynamique de communication au sein du service mais actuellement d'autres projets d'envergure sont en cours (restructuration du service)</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<i>Amélioration de la communication en équipe incluant le patient. Moins de clivage entre les différents corps de métier. Sensibilisation à la déclaration des événements et la réponse non punitive à l'erreur</i>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<i>Communication, persévérance, motivation, encadrement, engagement institutionnel</i>
Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	<i>Risque de démotivation. Intérêt à instituer un groupe de travail dédié à Pacte au sein de l'équipe</i>
Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...	<i>Se concentrer sur un nombre plus restreint d'outils avec des phases d'évaluation mieux définies (moins longues et plus ciblées)</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

### Retour d'expérience sur la conduite de l'étape diagnostic

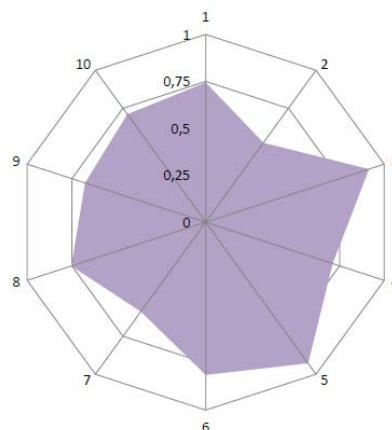
#### ➤ La culture de la sécurité et le CRM Santé

Trois séances de CRM ont été réalisées en mai 2014.

L'ensemble des professionnels de l'équipe (100 %) a participé aux séances de CRM Santé. Le temps d'analyse des pratiques sur les attentes respectives de chaque catégorie professionnelle a été très fédérateur.

L'enquête sur la culture de la sécurité a été réalisée après le CRM, en juin 2014. Les résultats mettent en évidence certaines améliorations dans l'approche de l'équipe notamment pour le signalement des événements indésirables. Ils sont présentés globalement ci-après :

Figure13.1 :



#### 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 pour participer à Pacte.

#### Synthèse de nos résultats :

Quelques axes de travail :

- identifier les freins à la déclaration institutionnelle ;
- gérer les interruptions de tâches ;
- améliorer la communication avec les patients non communiquant (patients ORL) ;
- favoriser l'implication du patient dans sa PEC (« identitovigilance », gestion des rendez-vous multiples) ;

- ▶ améliorer l'intégration des nouveaux arrivants ;
- ▶ améliorer l'accompagnement des internes et la communication interprofessionnelle.

#### **De nombreux apports :**

- ▶ l'intégration de la culture sécurité dans le quotidien ;
- ▶ l'amélioration de l'organisation du travail avec les ambulanciers ;
- ▶ la prise de conscience institutionnelle de mieux identifier le service (localisé dans une aile du CHU et non à l'ICO) ;
- ▶ plus récemment, une amélioration de la qualité des déclarations des événements indésirables ;
- ▶ la prise de conscience d'autres problématiques notamment autour du contenu des transmissions ;
- ▶ la 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 médico-soignant, la directrice des soins et les facilitateurs.

La principale difficulté a été le positionnement connaissances-qualité-capacité-compétences du leader versus le manager. Les outils proposés pour l'expérimentation Pacte concernant cet aspect du travail en équipe n'ont pas été utilisés.

#### **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**

Une séance de deux heures 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 « culture sécurité » et des CRM Santé ;
- les résultats de l'enquête « culture sécurité » et les synthèses des CRM Santé ont été présentés 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 avec les autres services hospitaliers et les ambulanciers ;
- l'amélioration de l'intégration des nouveaux arrivants (paramédicaux et internes) est également identifiée comme action d'amélioration du travail en équipe.

#### ➤ **Réunion du COPIL**

La direction a octroyé huit heures par professionnel pour l'ensemble du service afin de faciliter la mise en œuvre du projet.

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

Le dynamisme du binôme médico-soignant : cadre de santé + médecin du service est un élément facilitateur.

L'identification d'un facilitateur externe à l'établissement a favorisé la prise de recul, la modération et l'impact d'une prise de conscience des professionnels (discours extérieur).

La maturité de l'équipe pour le travail en équipe est un élément favorable à l'appropriation des actions à mettre en place et donne du sens à la démarche, notamment pour la mise en œuvre du projet de service et l'amélioration de la déclaration des événements 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

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

## 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
<b>Améliorer la déclaration des EI</b>		
Mise en place d'une alerte de proximité en lien avec la déclaration institutionnelle	Réalisé	Évolution du nombre de déclaration d'EI
<b>Améliorer la coordination avec les interfaces en particulier les ambulanciers</b>		
Check-list « transfert ambulancier »	Réalisé	Évolution du nombre de déclaration des EI « identitovigilance »
<b>Diminuer les interruptions de tâches</b>		
Gestion des interruptions de tâches en lien avec le glissement de tâches concernant les appels téléphoniques. Expérimentation de nouvelles modalités	En cours	Expérimentation de la permanence téléphonique par l'agent d'accueil
<b>Améliorer l'implication du patient dans sa prise en charge en particulier sur la gestion des rendez-vous multiples</b>		
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 :

- ▶ projet de Flyer de sensibilisation à l'attention du patient « patient acteur de sa sécurité » avec illustration des pratiques du service pour l'« identitovigilance » ;
- ▶ organiser un temps de travail sur la notion de coopération avec les équipes de radiothérapie (patient traité par radio-chimiothérapie concomitante) et du bloc opératoire.

À l'échelle institutionnelle :

- ▶ intégration les nouveaux arrivants (paramédicaux et internes en médecine) :
  - transmission des valeurs de l'établissement,
  - action de sensibilisation à la culture sécurité,
  - formation à la douleur, à l'hygiène, etc. ;
- ▶ harmonisation la dénomination du service sur le plan de la signalétique et des documents à en-tête ;
- ▶ formation intégrant une réflexion sur la citoyenneté.



## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

Les évaluations portant sur la culture de la sécurité, la matrice de maturité et l'enquête de satisfaction des professionnels engagés dans Pacte n'ont pas été réalisées, compte tenu de la préparation de la visite de certification V2014.

### ➤ Les autres résultats

#### **Déclaration des EI :**

Augmentation du nombre d'EI en lien avec le médicament et information des interfaces en amont de la réalisation d'un EI :

- ▶ analyses systémiques des erreurs médicamenteuses en RMM avec publication systématique d'un bulletin « les incontournables » ;
- ▶ plans d'actions finalisés :
  - harmonisation et formalisation des pratiques d'utilisation des PCA en groupe pluri-professionnel,
  - mise à jour des thésaurus de chimiothérapie ;
- ▶ modification des pratiques d'utilisation des pompes.

#### **Coordination avec les interfaces, en particulier avec les ambulanciers :**

- ▶ élaboration et utilisation d'une Check-list « transfert ambulancier ».

#### **Interruptions de tâches :**

- ▶ transfert de ligne vers l'agent d'accueil ;
- ▶ identification d'une IDE téléphonique par secteur.

#### **Implication du patient dans gestion des rendez-vous multiples :**

- ▶ mise à disposition d'un téléphone portable pour SMS mais non utilisé.

#### **Accueil des nouveaux arrivants paramédicaux :**

- ▶ journée d'intégration des nouveaux arrivants ;
- ▶ inscriptions systématiques de nouveaux agents à la journée d'intégration et à la formation de la plateforme documentaire et gestion des risques.

#### **Intégration des internes :**

- ▶ journée institutionnelle d'accueil à chaque semestre ;
- ▶ rencontre individuelle à un mois et six mois ;
- ▶ débriefing en fin de garde ;
- ▶ désignation d'un interne référent douleur ;
- ▶ présentation des valeurs institutionnelles (qualité sécurité des soins), de la charte d'encouragement au signalement et du dispositif de gestion positive de l'erreur ;
- ▶ réorganisation de la séniorisation des internes : renforcement de la supervision, cours.

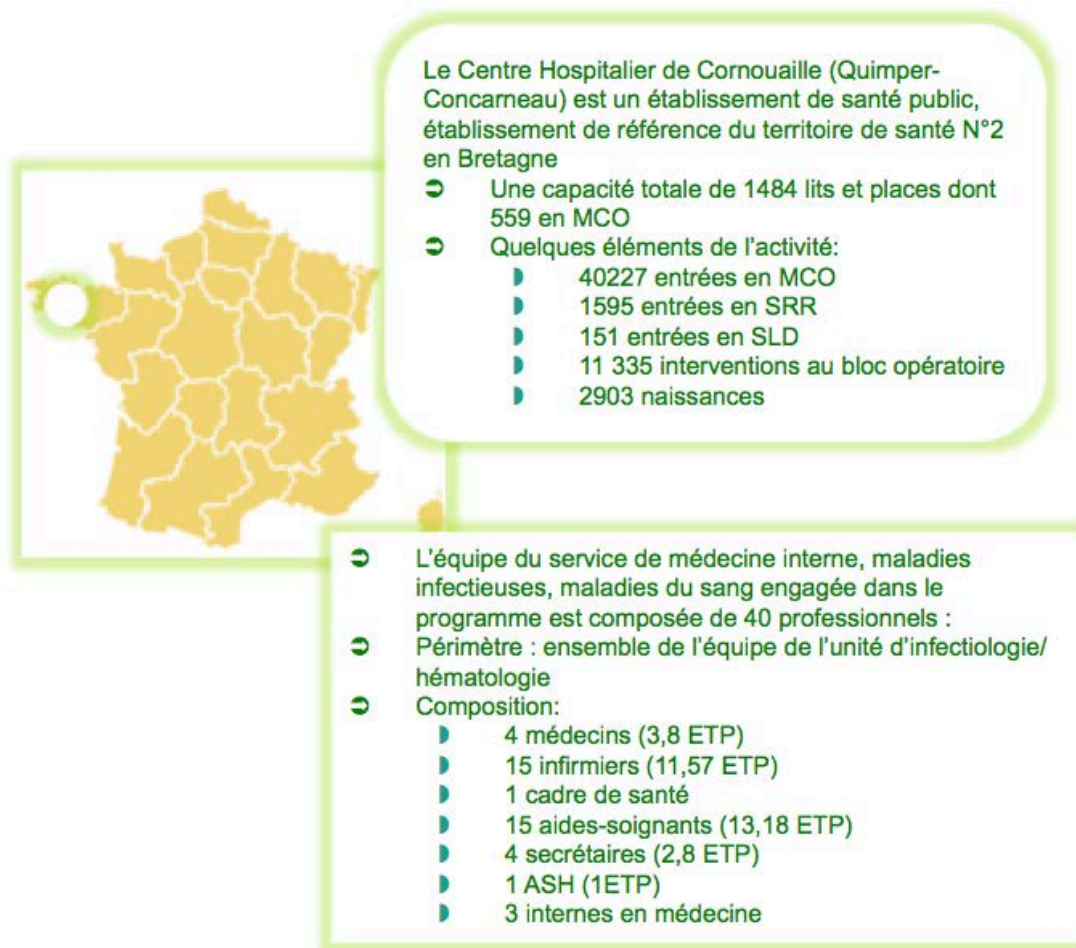
## D. Principaux messages à retenir

### Notre bilan final

<p>Que reste-t-il à faire ?</p>	<p><u>Intégration des internes</u> : organisation d'un séminaire de formation sur la relation au patient (programmé en 2017)</p> <p><u>Coordination des interfaces</u> : désignation d'un interne référent en radiothérapie pour coordonner la PEC des radio-chimio-thérapie concomitante</p> <p><u>Coopération avec le patient</u> : élaboration d'un flyer « vous êtes acteur de votre sécurité »</p> <p><u>Communication interne sur le bilan de l'expérimentation Pacte</u> : COPIL stratégique de la qualité gestion des risques, CME, CSIRMT.</p>
<p>L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?</p>	<p>Les actions Pacte ont infusé la dynamique de l'équipe notamment certaines actions du CRM santé (valeurs de l'équipe, attente des uns vis-à-vis des autres) et sont intégrées dans le nouveau projet de service (révision capacitaire).</p>
<p>Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)</p>	<p>Le projet Pacte a été pour le service le point de départ de l'appropriation d'une démarche globale autour de la qualité et la gestion des risques.</p> <p>Le renforcement de la dimension du travail en équipe qui nous imprègne davantage. À la suite de ce travail, il nous apparaît indispensable d'intégrer la notion de travail en équipe dans le prochain Projet d'Etablissement dans un projet médico-soignant partagé.</p> <p>Le renforcement de la culture de la sécurité, avec diminution des freins à la déclaration des FEI et de la formulation des événements dans un esprit constructif et non de dénonciation, et l'amélioration de la communication autour des FEI.</p>
<p>Quelles sont les conditions de réussite ?</p>	<p>L'engagement institutionnel avec soutien et implication de la direction, se traduisant par du temps alloué aux professionnels pour les CRM et la participation de la direction des soins au CRM santé.</p> <p>Le fonctionnement et le leadership du binôme cadre/ médecin.</p> <p>La motivation de l'équipe à améliorer les conditions de travail en équipe.</p> <p>La présence d'une coordination interne différente du binôme et d'un facilitateur externe permettant prise de recul et modération.</p> <p>L'élaboration d'un plan d'actions concret, tenant compte de la faisabilité avec des objectifs atteignables.</p>
<p>Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?</p>	<p><b>Risques</b></p> <p>Déstabilisation d'une équipe, du positionnement du cadre et/ou du médecin particulièrement lors des analyses de pratiques sur les attentes respectives de chaque catégorie professionnelle.</p> <p>L'utilisation des outils proposés sans réflexion anticipée du binôme comité de pilotage peut être source de difficulté si ceux-ci ne sont pas adaptés à l'histoire et au fonctionnement de l'équipe.</p> <p><b>Recommandations</b> : prérequis au projet Pacte, la présence d'un binôme médecin cadre reconnu (fonctionnement et leadership) et la motivation à s'améliorer en équipe.</p>
<p>Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...</p>	<p>Adapter certains outils au fonctionnement des équipes.</p> <p>Permettre au facilitateur externe de bien maîtriser les outils proposés par la HAS pour Pacte afin d'en proposer les plus pertinents à l'équipe et accompagner leurs mises en œuvre.</p>

## 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

### 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<sup>e</sup> fois, une enquête « culture sécurité » selon la méthodologie AHRQ/HAS (1<sup>re</sup> fois en 2012 dans le cadre de la mise en œuvre du projet de soins).

#### Synthèse de nos résultats :

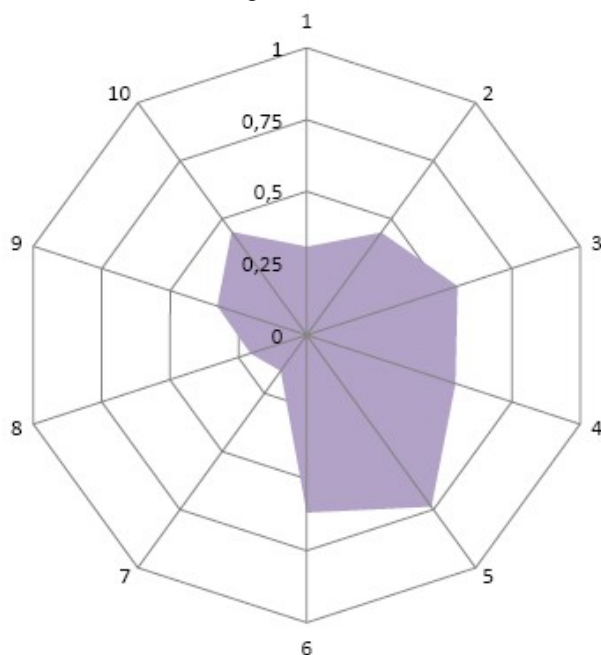
39 répondants/39 agents : 100 % des membres de l'équipe (14 AS, 1 ASH, 1 cadre, 13 IDE, 4 AMA, 3 internes, 3 PH).

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 Dr 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 **d'événements indésirables** ;
- ▶ changement de chambres ;
- ▶ information au patient ayant eu un **événement indésirable grave** ;
- ▶ gestion des relations avec le secrétariat pour une meilleure information réciproque et des dossiers mieux partagés ;
- ▶ gestion des **interruptions de tâches** ;
- ▶ communication ;
- ▶ coopération ;
- ▶ gestion du stress au quotidien ;

- ▶ transmission du matin (orale, risque d'oubli) ;
- ▶ urgence (coordination), entraînement.

### ➤ Le leadership

Des référents/leaders à savoir trois infirmières et deux aides-soignantes AS, 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 événements 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
<p>Améliorer la dynamique d'équipe et la communication</p>	<p>Formation et utilisation d'outils de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saed : outil de structuration de la communication (staff) ;</li> <li>• Faire dire : outil de reformulation ;</li> <li>• <i>Huddle</i> : outil de briefing rapide.</li> </ul> <p>Améliorer le partage d'informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• optimiser le staff avec participation des AMA.</li> </ul> <p>Actions institutionnelles, coordination de la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<p>Dynamiser la gestion des risques dans l'unité</p>	<p>Implantation d'une méthode de déclaration et de traitement en interne des EIG :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• formation de plusieurs professionnels à cette méthode.</li> </ul> <p>Actions institutionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• évolution et communication sur la « charte de confiance » élaborée dans une vision non-punitivisante vis-à-vis des erreurs commises au CHIC ;</li> <li>• test d'utilisation du gilet jaune de non interruption des tâches dans l'unité.</li> </ul>

## 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 été réalisé durant l'été 2015 auprès d'IDE et de médecins de l'équipe.

#### Notre avis :

- le déploiement de l'outil nécessite un accompagnement sur le terrain.

### ➤ Saed

Formation des professionnels à l'outil Saed : 2015.

Formation des IDE et des AS : effectué au 1<sup>er</sup> semestre 2015.

#### Notre avis :

- bon retour des professionnels formés IDE et AS, utilisation par plusieurs IDE et médecins ;
- implication de l'équipe IDEs et AS comme acteurs dans la réalisation d'un film éducatif sur l'utilisation de Saed (financement ARS Bretagne et validation de la HAS). Le film vidéo est accessible sur le site de la HAS sur la page dédiée à l'outil Saed.

### ➤ 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, 2015 et 2016 : nombreuses catégories de risques concernés faisant l'objet d'un signalement (voir Annexe 1 : détail des catégories et analyse).

## ➤ Implication du patient

L'équipe teste l'outil HAS en expérimentation « 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
<b>Optimiser la transmission des informations et la communication entre les membres de l'équipe et avec les interfaces</b>			
Formation et utilisation de l'outil Saed : - IDE et AS : formation au 1 <sup>er</sup> semestre 2015, à compléter avec les nouveaux arrivants au 2 <sup>e</sup> semestre ; - formation des nouveaux internes : chaque semestre (en cours) ; - formation des médecins prévue au 2 <sup>e</sup> semestre (en cours)	Réalisé	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 un 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 staffs éthiques réguliers	Réalisé		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 prescription de chimiothérapie : effectué à la demande des IDE (mais pas sous forme de débriefing)	Réalisé		
Appel auprès de l'IDE spécialiste de la douleur en cas de nécessité (pompes à morphine)	Réalisé		
<b>Porter l'alerte et traiter les signaux d'alerte</b>			
Dynamiser le signalement interne des EI par les professionnels.  En moyenne, quatre EI déclarés par semaine, touchant tous les domaines de risques de la prise en charge patient (cf. analyse en pièce jointe).	Réalisé	Nombre mensuel de déclarations d'EI Nombre annuel de RMM et de CREX	Augmentation du nombre de déclarations d'événements indésirables. Nombre de déclarations d'EI : - en 2013 : 31 signalements ; - 2014 : 112 signalements ; - 2015 : 117 signalements ; - 2016 : 163 signalements.

			<p>Analyse de l'évolution des types de risque déclarés entre 2014 et 2015</p> <p>Trois réunions de CREX réalisés en 2016 avec compte rendu en ligne dans la GED</p>
<b>Optimiser la transmission des informations par les professionnels auprès des patients</b>			
Test d'utilisation de l'outil HAS Faire dire (évolution de « Teach back ») de la HAS réalisée par cinq IDE et un médecin	En cours		Adhésion de l'équipe pour tester et mettre en place l'outil.
<b>Implication du patient : inciter le patient à poser des questions au professionnel de santé lors de la consultation d'hématologie</b>			
Test d'utilisation de l'outil HAS « 3QUOI » de la HAS en consultation d'hématologie	En cours		Adhésion de l'équipe pour tester et mettre en place l'outil.

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été réalisée et complétée par 100 % des professionnels.

#### Synthèse de nos résultats selon trois dimensions cibles :

- concernant la fréquence de signalement des événements indésirables, **nous observons une progression du score qui évolue de 44 % en 2014 à 64 % en 2016 ;**
- concernant l'attente et actions des supérieurs hiérarchiques par rapport à la sécurité des soins, **nous observons une progression du score qui évolue de 55 % en 2014 à 70 % en 2016 ;**
- concernant l'organisation apprenante, **nous observons une progression du score qui évolue de 56 % en 2014 à 60 % en 2016.**

#### Actions et résultats :

Le point d'avancement le plus important constaté est la **compréhension par l'équipe sur l'intérêt de porter l'alerte**. Les **déclarations ont augmenté quantitativement** entre 2013 (31 signalements) et 2014 (112 signalements) puis qualitativement entre 2014 et 2015 (117 signalements). Sur le plan qualitatif, la comparaison des données du 1<sup>er</sup> semestre 2014 et du 1<sup>er</sup> semestre 2015 montre une diversification des risques déclarés avec une augmentation des risques liés aux soins et à la prise en charge (cf. Tableau 1).

L'équipe déclare désormais plus facilement les risques liés à la prise en charge, aux soins réalisés. Concernant les problématiques liées aux autres unités en interfaces, les professionnels de la MIIS vont mieux communiquer avec ces unités pour discuter avec eux de ce qui s'est passé. En 2016, la progression quantitative et qualitative des signalements s'est poursuivie : 163 signalements effectués en MIIS. À noter en 2016, la progression de déclaration d'événements indésirables spontanées par les professionnels impliqués ou en pensant être responsable d'un dysfonctionnement.

En 2016, un **CREX régulier est mis en place de manière bimensuelle par l'équipe** auquel participe un membre de l'équipe qualité concernant le secteur d'hospitalisation d'hématologie.

### ➤ La matrice de maturité selon le modèle de SHORTELL :

Le test de la matrice de maturité de l'équipe a été réalisé avec deux experts de la HAS en mars 2016.

Le consensus obtenu situe la maturité de l'équipe selon les quatre axes :

- axe stratégique niveau 3 ;
- axe technique : niveau 3 ;

- axe Structurel : niveau 4 ;
- axe culturel : niveau 4.

L'équipe a adhéré à l'outil.

<b>Nos résultats</b>	
<i>Réponse non punitive à l'erreur</i>	<p>Il existait, au CHIC de Cornouaille, une charte de déclaration des événements indésirables mise en place au niveau institutionnel. Les résultats des enquêtes « culture sécurité » et des échanges avec les cadres des unités de soins ont permis d'objectiver que la charte n'était pas connue ainsi que la vision non punitive de l'erreur, bien qu'en place au niveau de la direction.</p> <p>La direction de l'établissement a alors décidé d'actualiser cette charte sous une forme d'engagement de la direction soutenant le signalement par les professionnels « Signaler, analyser, valoriser » et s'engageant à ne pas sanctionner les professionnels réalisant une erreur et l'ayant signalée : « Le trinôme de gouvernance de l'établissement s'engage à ne pas entamer de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent déclarant spontanément un événement indésirable » (NB. Cette démarche ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité et ne peut exclure un recours éventuel du patient à la justice). (Cf. charte en pièce jointe)</p>
<i>Liberté de parole au sein de l'équipe</i>	<p>Il est constaté par les membres de l'équipe, le cadre binôme et les facilitateurs que <b>la parole est plus libre</b> à l'intérieur des équipes et entre l'équipe paramédicale et médicale <b>pour sujet</b>. Il est possible d'établir un lien entre la dynamique créée par Pacte avec les échanges établis en équipe lors de la réorganisation du travail ces derniers mois.</p> <p>En revanche, les critères de la dimension N°6 « Liberté d'expression », de l'enquête « culture sécurité », réalisée en 2016 ne montrent pas d'amélioration sur ce point et même une légère diminution par rapport à la même enquête réalisée en 2014. Cette absence de progression est-elle due aux critères plus ciblés sur la communication vis-à-vis des EI et non la communication sur un plan global entre les membres de l'équipe ?</p>
<i>Engagement de l'équipe dans des projets institutionnels</i>	<p>L'équipe médicale est engagée dans des projets institutionnels (présidence de la CME à partir de 2015, présidence du CLIN depuis 2014, pilotage de la recherche clinique à partir de 2017). Des projets de travail avec les associations de patients vont se développer en 2017. L'implication volontaire des soignants de MIIS dans les groupes de travail institutionnels (bienveillance, suicide, différentes commissions, etc.) : cette implication découle de la démarche Pacte.</p>
<i>Implication du patient : le patient co-acteur</i>	<p>Souhait des soignants de poursuivre la démarche en particulier par une formation d'équipe sur « la cohérence de la communication avec le patient et sa famille ».</p>

## D. Principaux messages à retenir

<b>Notre bilan final</b>	
Que reste-t-il à faire ?	Poursuivre le développement des actions engagées (utilisation des outils de communication, staffs, déclaration des EI, CREX).
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	Oui, l'équipe a exprimé à plusieurs reprises son souhait que la dynamique de Pacte se poursuive dans le service.
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<p><b>Synthèse</b></p> <p>L'expérimentation Pacte a suscité un <b>fort intérêt chez les professionnels</b> dès la réalisation des deux séances de CRM santé.</p> <p>La proximité de la méthodologie avec des <b>enjeux de terrain, les outils novateurs, l'amélioration sensible en termes de communication</b> entre catégories de professionnels ont été perçus par les professionnels comme porteurs d'intérêt.</p> <p>La <b>compréhension de l'équipe de l'intérêt de partager et analyser en équipe les EI</b></p>

	<p>s'est traduite par des résultats liés directement à l'expérimentation. La culture de la sécurité ne s'impose pas, elle s'acquière par le compagnonnage et l'expérience qui ont été induits par le programme Pacte.</p> <p>Le service de MIIS a vécu une <b>importante réorganisation pendant l'expérimentation</b>. Toute modification de l'organisation d'une unité de soin est potentiellement source de conflit et de souffrance au travail. Néanmoins, Pacte a été poursuivi par l'équipe et l'a probablement aidée à maintenir son cap, montrant ainsi que ce programme n'est pas destiné à des équipes « modèles », mais à toute équipe confrontée à la « vraie vie ».</p> <p>L'équipe souhaite <b>maintenir ces acquis et poursuivre la dynamique engagée</b> dans les mois à venir. L'équipe est ouverte à l'idée de participer à des tests d'outils futurs portés par la HAS. Des avancées importantes ont été atteintes par l'équipe en termes de maturité dans le domaine de la qualité de la prise en soins des patients mais aussi sur le plan stratégique. L'équipe médicale s'est engagée dans des projets institutionnels (présidence de la CME) et de recherche cliniques. Des projets de travail avec les associations de patients vont se développer en 2017.</p> <p>La principale limite qui a été identifiée, compte tenu du turn-over normal des équipes soignantes, est la complexité d'impliquer les nouveaux arrivants qui n'ont pas bénéficié de la formation CRM Santé.</p>
<p>Quelles sont les conditions de réussite ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'engagement institutionnel ;</li> <li>- le leadership du cadre de santé et du chef de service ;</li> <li>- l'implication de « pilotes de projets trois IDE, deux AS et deux médecins » tout au long de l'expérimentation ;</li> <li>- la participation de l'ensemble de l'équipe au CRM ;</li> <li>- l'écoute et la disponibilité des facilitateurs (demandes par appel téléphonique ou courriel et réunion régulière au moins mensuelle).</li> </ul>
<p>Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?</p>	<p>Risque de découragement d'épuisement si trop d'actions engagées.</p> <p>Risque d'arrêt du programme si absence de facilitateurs et de leadership au sein de l'unité.</p> <p>Nécessité de disposer de facilitateurs formés au CRM.</p>
<p>Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...</p>	<p>Donner plus de disponibilité en tant que facilitateur.</p>

## 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

### 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'émargement 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, réponses non punitives 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) ;
- de nombreuses réflexions ont été menées sur des points faibles ;
- le constat a été fait 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<sup>er</sup> staff, sont ressorties trois problématiques à améliorer en priorité selon les professionnels : la 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"> <li>• obtention prérequis : Adhésion comité de bloc, autorisation de la direction arrêt du bloc (novembre 2014) ;</li> <li>• </li> <li>• ajustement à mettre en place pour perdurer ces staffs et la dynamique : présence direction ? Création de staffs à thématique précis ? Staffs en petits groupes ? (en cours).</li> </ul>
Répondre aux premières problématiques soulevées par les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• groupe de travail mis en place sur la gestion du matériel (identification du matériel, devis) (janvier 2015-aujourd'hui) ;</li> <li>• pb SSPI pris en charge par le président de CME (résolu, janvier 2015) ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• nouvelles problématiques soulevées par le groupe (patient debout, chariot d'urgence).</li> </ul>
Améliorer la gestion des EI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bilan, mise à jour de la procédure et communication aux professionnels (Q1 2015) ;</li> <li>• RMM à planifier (Q3 2015) pour ancrer la démarche de façon pérenne.</li> </ul>

## 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

Avec le soutien de la direction, l'équipe a choisi de mettre en place des staffs mensuels, afin que les professionnels s'expriment et qu'ils s'impliquent dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Concrètement, entre un et trois staff(s) par trimestre se sont tenus avec 25 à 30 participants à chaque fois (participation systématique de médecins même si leur nombre est resté faible). Des groupes de travail se sont mis en place pour avancer sur les dysfonctionnements identifiés.

### ➤ Matrice de SHORTELL

L'évaluation du niveau de maturité a été réalisée en novembre 2015. Au-delà de l'évaluation, l'analyse d'EI, des formations, du dernier recrutement par une équipe pluridisciplinaire (brancardier, anesthésiste, IDE SSPI, IDE bloc, assistante qualité, cadre de bloc et cadre coordinateur, facilitateur) a permis de mettre en évidence des points forts et des points d'amélioration, partagés par l'équipe.

### ➤ Enquête de satisfaction Pacte

L'enquête de satisfaction a été réalisée début 2016.

## ➤ Suivi du plan d'actions

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

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La culture de la sécurité :

Pour ce qui concerne les résultats portant sur les dimensions, nous constatons que la liberté d'expression a significativement augmenté (+ 19 points) mais que la perception globale de la sécurité a diminué. Nous émettons l'hypothèse d'une implication et d'un niveau d'exigence plus élevés.

Concernant la gestion des événements indésirables qui concerne l'un de nos principaux objectifs, le changement est notable sur la déclaration : le nombre de non déclarants a diminué de 50 % et le retour est fait aux équipes.

### ➤ La matrice de maturité selon le modèle de SHORTELL

#### Axe stratégique :

- + volonté forte d'améliorer l'organisation, partagée par tous (médecins / professionnels / direction) ;
- - politique qualité et sécurité à décliner en actions concrètes.

#### Axe technique :

- ++ mise en place de staffs, formations sur le collectif, partage oral systématique des dysfonctionnements ;
- - peu d'utilisation des outils/méthodes d'analyse.

#### Axe managérial :

- + écoute ;
- - peu de formalisation, implication des patients peu recherchée.

#### Axe culturel :

- + équipe solidaire, volonté d'amélioration ;
- culture de l'analyse des causes profondes pas assez développée.

### ➤ L'enquête de satisfaction des personnels engagés dans Pacte

Sur le plan individuel, les professionnels sont assez mitigés (ex. 38 % trouvent que Pacte a répondu à leurs attentes) mais plus de la moitié ont le sentiment que ce projet contribue à la progression de la sécurité de la prise en charge du patient en équipe (et 56 % le recommanderaient).

### ➤ Nos résultats

La gouvernance a été restructurée en incluant de façon systématique la gestion des EI et le retour aux équipes :

- conseil de bloc semestriel : aspects stratégiques ;
- bureau de bloc mensuel : aspects organisationnels et traitement des EI, dysfonctionnements, suggestions, etc. ;
- staff de bloc (une fois tous les deux mois) : discussions sur les améliorations/dysfonctionnements, retours aux équipes.


## D. Principaux messages à retenir

### Notre bilan final

Que reste-t-il à faire ?	Impliquer encore davantage les praticiens dans la démarche
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	L'équipe du bloc a une réelle volonté de continuer Pacte : les staffs mis en place dans le cadre du projet continuent
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	Bénéfices pour les professionnels : sentiment d'être entendu mis en avant Modification de comportements immédiats (dès l'échange) 1 <sup>ers</sup> résultats encourageants sur la gestion des EI mais il reste encore des marges de progressions dans plusieurs dimensions de la sécurité des soins
Quelles sont les conditions de réussite ?	Impliquer la CME (ex. respect de la charte de bloc) Communiquer (retours) à l'équipe Bien définir l'équipe : taille adéquate et qui rassemble Doser la présence de la direction
Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	Attention aux contraintes économiques, véritables freins à la démarche Tenir dans la durée (bien doser la charge de travail pour chacun) Poids de la hiérarchie Attention à la taille de l'équipe (trop importante : difficulté de se réunir...)
Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...	Temps dédié pour chaque membre du binôme Facilitateur au sein de la clinique + temps dédié Choisir un sujet sur lequel chacun se sente impliqué

## 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, stomathérapeute
- ⇒ 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 engagée 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.

A la suite d'un travail d'analyse des dossiers présentés en RMM, nous avons mis en évidence, dans le cadre d'une analyse systémique, les différents facteurs tant humains qu'organisationnels pouvant rendre difficile une prise en charge palliative efficace en chirurgie oncologique.

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 des réunions de concertation pour les situations cliniques complexes (ayant une DMS supérieure à 15 jours) sur l'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 concerté 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

### 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, retours anonymes 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

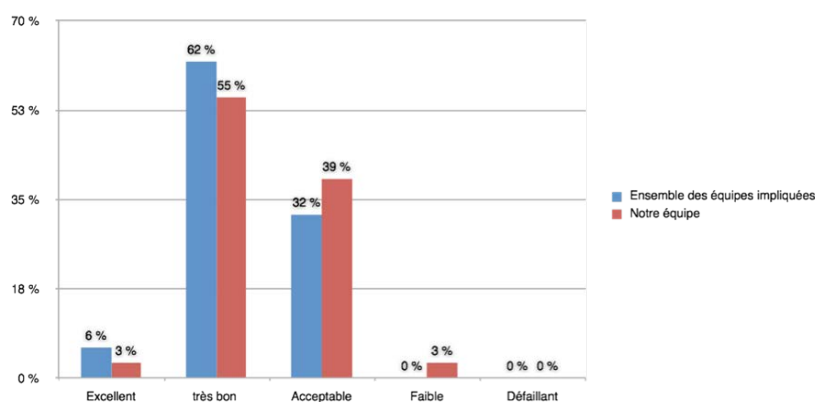
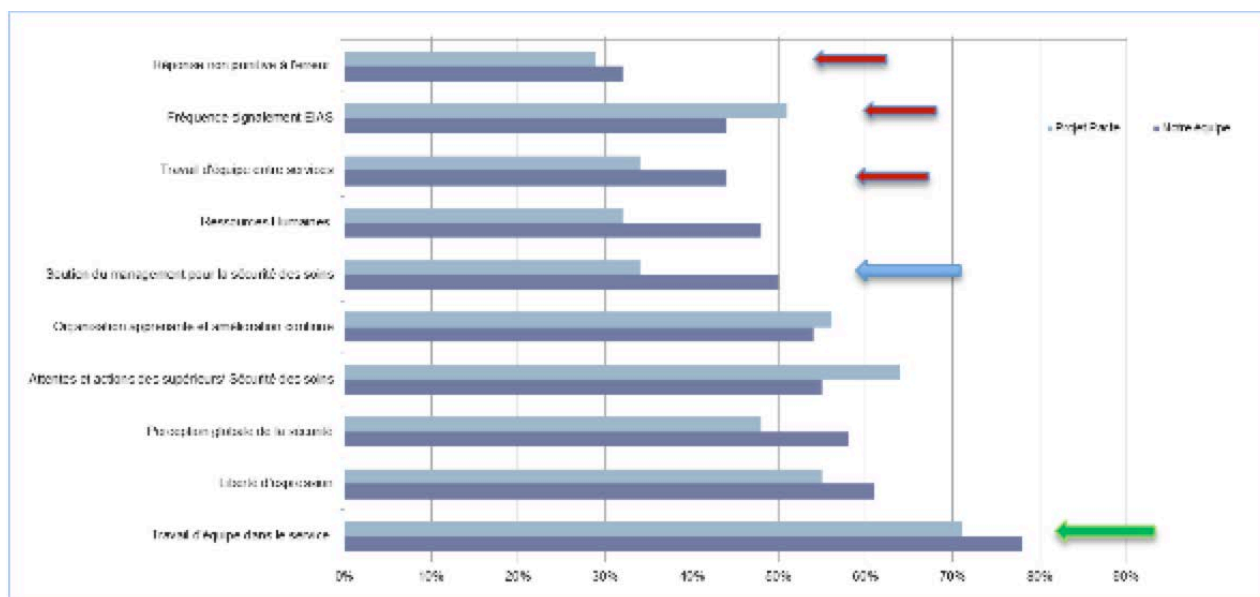


Figure 16.2 :



Les principaux axes d'amélioration portent sur :

- ▶ réponse non punitives à l'erreur ;
- ▶ augmentation du nombre de déclaration des EI ;
- ▶ amélioration de la collaboration inter-service.

### ➤ Le CRM Santé

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

- cela 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

<i>Notre calendrier</i>	<i>Les actions</i>
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

## 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 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,
  - information du dossier de soins infirmiers en 2014,
  - informatisation des examens biologiques en 2014,
  - changement du logiciel de prescription en 2014.

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

Réorganisation du fonctionnement et des affectations des équipes au sein de l'ensemble du département de chirurgie : déploiement en octobre 2015.

Préparation de cette réorganisation entre avril et septembre 2015 avec des espaces de concertation pour les équipes. Les propositions de changements de rotations horaires et de constitution des équipes semblent avoir participé à faire lever un profond mécontentement et des postures de résistance au changement très importantes avec dégradation des relations interprofessionnelles et ayant pour conséquence une difficulté à mettre en œuvre tout projet collaboratif au sein de l'équipe.

### D. Principaux messages à retenir


#### Notre bilan final

Que reste-t-il à faire ?	<i>Maintenant que la phase aiguë de réorganisation du travail est passée, il semble que le contexte soit plus favorable pour mettre en place des actions de concertation concernant la prise en charge palliative et/ou complexe du patient en chirurgie oncologique. Aussi, à compter de février 2017, le staff pluridisciplinaire pour les patients, avec une DMS supérieure à 15 jours, sera systématisé de façon hebdomadaire.</i>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>L'équipe initialement engagée dans Pacte n'existe plus. Cependant, les professionnels témoignent de leur souhait de travailler de façon concertée et de développer des compétences pour y parvenir. Aussi, l'utilisation des outils d'aide à la communication mis à disposition dans Pacte paraît tout à fait pertinente.</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<i>La bonne volonté du binôme n'est pas suffisante pour permettre l'amélioration des pratiques sous-tendues dans le cadre de l'expérimentation Pacte. Cf. conditions de réussite.</i>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- développer une culture de la sécurité et porter attention aux facteurs humains centraux dans la qualité des soins implique un engagement effectif de la direction et des orientations stratégiques du projet d'établissement ;</li> <li>- cet engagement effectif impliquerait un soutien affiché aux personnels en charge de ces actions d'amélioration et des moyens pour faciliter la formation des équipes au CRM Santé, notamment ;</li> <li>- la réalisation des actions de formation doit être menée par des professionnels extérieurs à l'établissement ;</li> <li>- l'engagement et l'implication des médecins sont des éléments essentiels à toute modification des pratiques collaboratives ;</li> </ul>

	- soutien matériel et humain de la HAS.
Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	<i>Si les conditions citées précédemment ne sont pas réunies, les professionnels impliqués dans ce genre d'expérimentation peuvent se trouver rapidement en difficulté pour atteindre les objectifs et vivre des situations interprofessionnelles inconfortables. En effet, l'analyse des pratiques professionnelles peut être perçue comme menaçante pour l'individu en situation de travail et, de fait, générer un sentiment d'insécurité.</i>
Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...	<i>Sollicitation plus répétée de la direction.</i>

## 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 service 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

#### 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 organisées 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 ;
- ▶ 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.

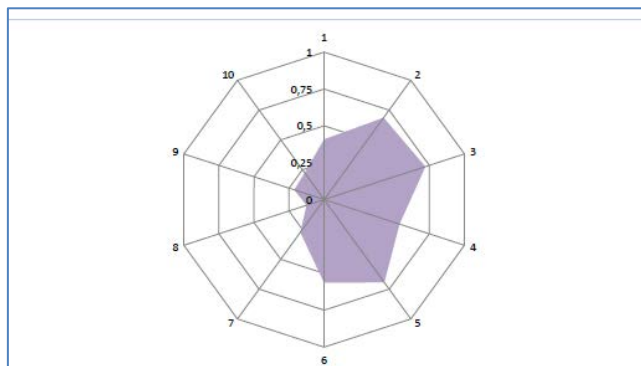
Représentation graphique de ce premier résultat :

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	23%
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

Quatre séances de CRM réalisées en un 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 de 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, notons des défauts de communication et de partage des informations concernant les patients (leur traitement, leurs résultats, leur prise en charge, etc.) ;
- ▶ absence de débriefing systématique après un conflit ou un événement indésirable ;
- ▶ peu de signalement d'EI donc de REX ;
- ▶ culture de la 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 Cinq réunions de travail pour : Analyse collective du processus des échanges d'informations au cours de la prise en charge des patients atteints d'HTAP Identification des points critiques et priorisation avec une échelle de 0 à 3 (0 non prioritaire, 3 à traiter) 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 Harmoniser les supports d'information du patient Tracer l'information donnée au patient 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. NB : le calendrier des actions n'est pas encore fixé car les trois unités viennent de déménager et la priorisation des actions vient d'être faite.</p>

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

Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

➤ La culture de la sécurité

Nous avons obtenu un taux de retour de 73 %.

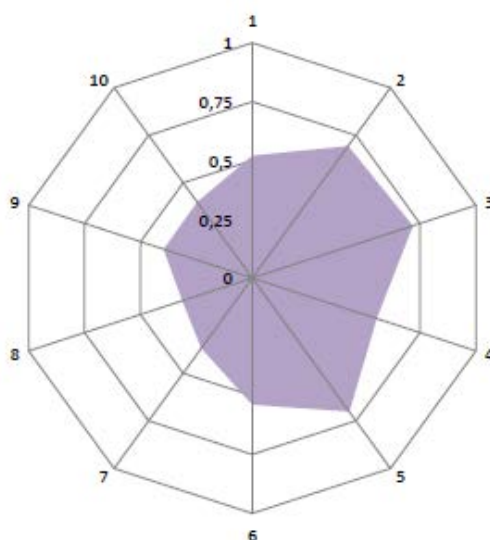


## Les 10 dimensions de la Culture de Sécurité explorées par le questionnaire

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	52%
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	56%
5. Travail d'équipe dans le service	70%
6. Liberté d'expression	54%
7. Réponse non punitive à l'erreur	37%
8. Ressources humaines	31%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	40%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	40%

score ≥ 75% = Dimension développée

score ≤ 50% = Dimension à améliorer



### ➤ Nos résultats

Deux réunions en équipe ont été organisées pour faire le point d'avancement des priorités d'actions retenues et pour reparler des principes du travail en équipe et de la démarche Pacte.

Les actions conduites ont été très utiles pour le démarrage des nouvelles activités et la réorganisation des équipes

### D. Principaux messages à retenir

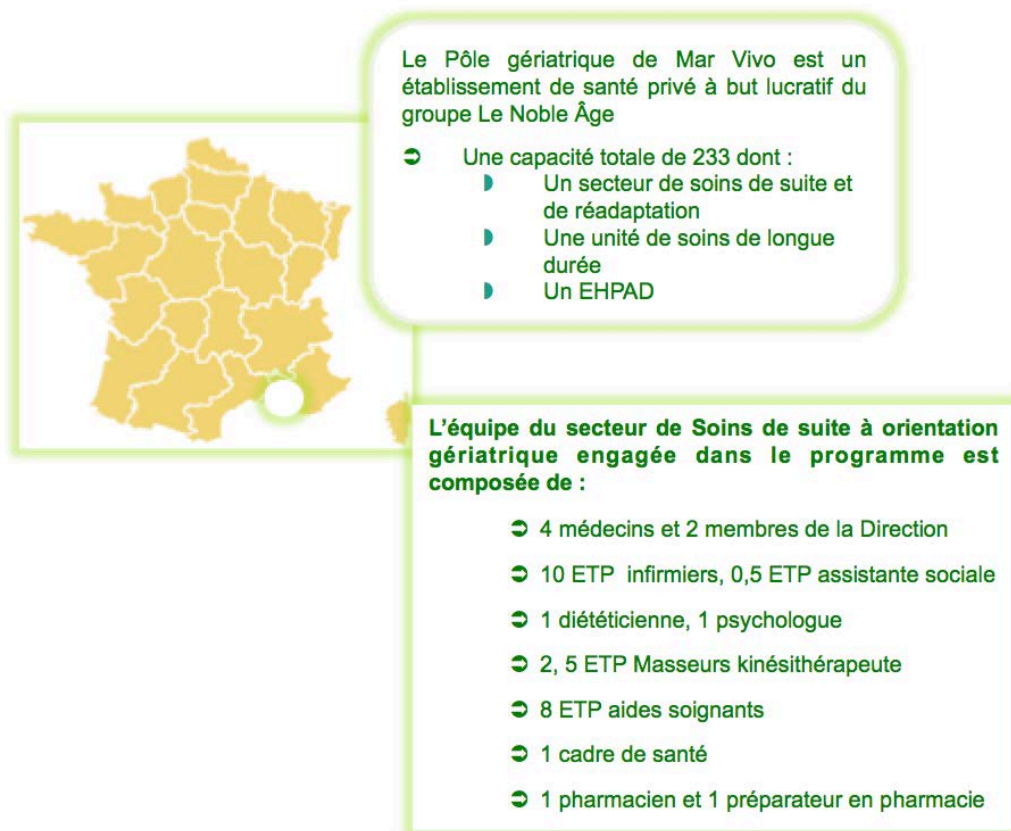
#### Notre bilan final

L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>Non</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<i>Cette démarche permet des prises de conscience collectives sur l'importance de facteurs humains et du travail en équipe pour la sécurité du patient lors du diagnostic. L'extension à d'autres services pose la question de faisabilité, étant donné la lourdeur du diagnostic.</i>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<i>Nous n'avons pas été en mesure de conduire l'intégralité de l'expérimentation car l'ensemble des professionnels a été mobilisé dans un gros projet de réorganisation des</i>

	<p><i>activités médicales accompagné d'un changement de locaux et d'une évolution des types d'hospitalisation. L'équipe médicale n'a plus eu la capacité de se mobiliser suffisamment.</i></p> <p><i>Cela confirme que cette démarche doit être conduite dans un service dont l'activité est stabilisée avec l'implication concrète de l'ensemble des professionnels d'une équipe.</i></p>
<p>Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?</p>	<p><i>Il est indispensable que l'équipe médicale s'implique autant que l'équipe paramédicale dans la mise en œuvre des actions.</i></p> <p><i>Ne pas sous-estimer le temps à passer à l'information et à la sensibilisation des acteurs avant le démarrage du diagnostic et tout au long du projet.</i></p> <p><i>Avoir une démarche projet très structurée.</i></p>

## 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

#### 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'une bonne dizaine de minutes doivent être consacrées afin de remplir le questionnaire ;
- l'outil a aussi 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 :

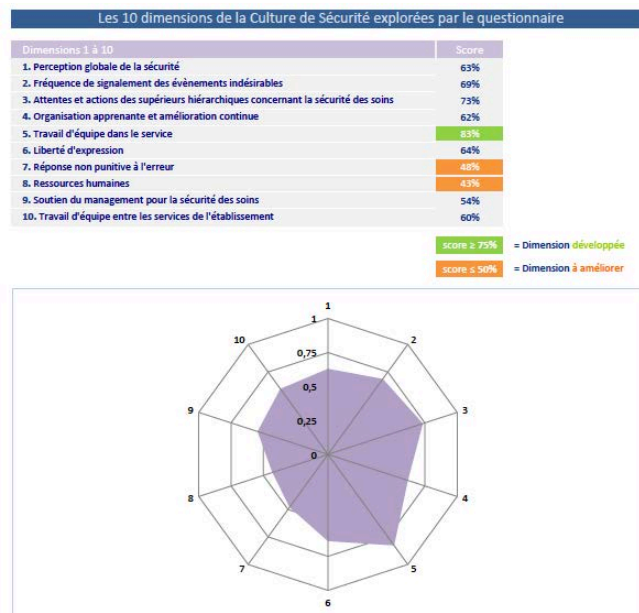
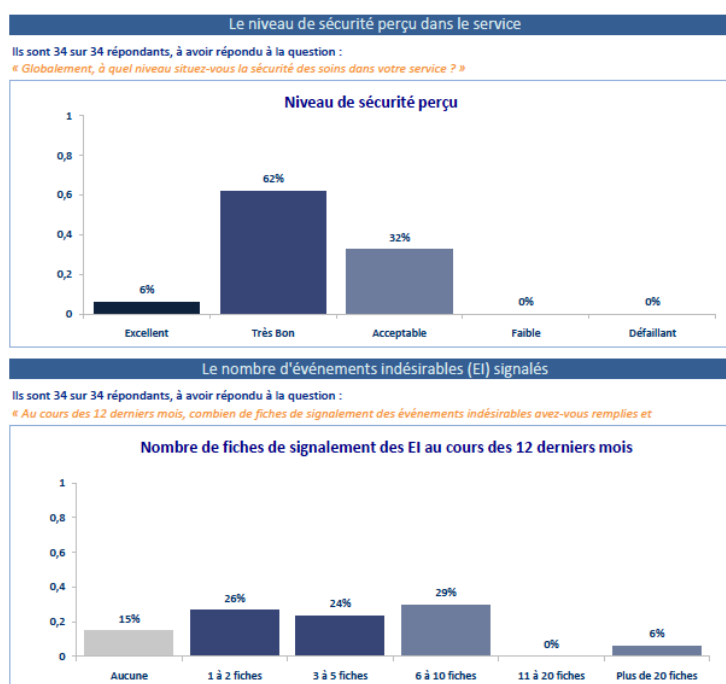


Figure 18 - 2 :



## ➤ Le CRM Santé

Deux séances ont été réalisées. Le CRM a été réalisé en avril-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 d'optimiser la sécurisation du 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 assez de rencontres 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 quatre 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 (Powerpoint, diagnostic des pratiques, autoévaluation du leadership) ;
- le binôme pense que ces outils ne sont pas adaptés à notre milieu et craint qu'il « embrouille » 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 : deux médecins, un masseur kinésithérapeute et un 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. Quatre mois après il ne restait plus qu'un leader sur les quatre. 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.

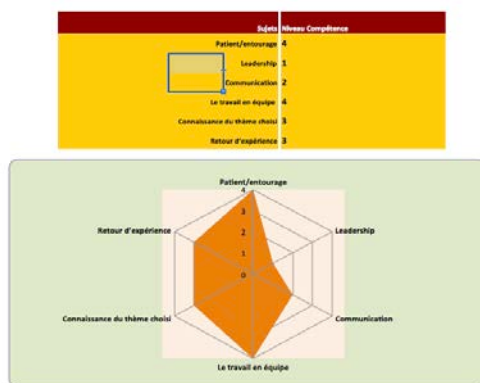
### Notre avis :

- une équipe trop nombreuse pour le faire ensemble ;
- le document Excel d'analyse a été rempli par quatre personnes de l'équipe (le binôme et deux 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 pluridisciplinaires 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
<p>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>	<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"> <li>- 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 patients) ;</li> <li>- initialisation et formation des équipes à l'outil « Teach back » :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- liste des situations de patients qui nécessitent l'utilisation de l'outil « Teach back »,</li> <li>- liste des mots et expressions à reformuler.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Améliorer la communication en équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adaptation des outils de transmissions ;</li> <li>• participation de toutes les catégories professionnelles.</li> </ul>	<p>01/2015 à juin 2015-10-10</p> <p>Les indicateurs retenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre d'EI liés aux dysfonctionnements des transmissions, d'EI analysés ;</li> <li>- satisfaction de l'équipe par rapport aux outils de transmissions ;</li> <li>- satisfaction de l'équipe par rapport au projet Pacte ;</li> <li>- taux de briefing et de débriefing et taux de personnels formés.</li> </ul> <p>Institutionnalisation des staffs pluridisciplinaires : diffusion de la procédure PEC 6.43 PR3 « Coordination entre équipes médicales et paramédicales ».</p>
<p>Obtenir l'adhésion du patient et de sa famille pour le projet de sortie.</p>	<p>Mise en place des PPS 2<sup>e</sup> semestre 2015. Mise en place du « Teach back » 2<sup>e</sup> semestre 2015.</p>



## 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, notamment pour la construction du PSP et du projet de retour à domicile.

### ➤ Matrice de maturité selon le modèle 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 permettant 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 trois événements ;
- une troisième expérience a été réalisée en avril 2016 lors de la venue sur site du chef de projet en charge du Pacte au sein de « la mission sécurité patient » de la HAS. Cette rencontre entre l'équipe et le chef de projet a permis de faire le point sur la méthodologie de cet outil, notamment pour son utilisation dans le futur par le groupe COVIRIS (comité des vigilances et des risques)

### Synthèse de nos résultats :

Figure 18 - 4

SHORTELL 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)				
<b>Evènement indésirable n°1 - Circuit du médicament</b>				
AXES	Stratégique	Technique	Structurel	Culturel
1				
2				
3				
4			Structure de gestion de la sécurité connue	
5	Qualité/sécurité valeurs "socles"	Outils utiles/évaluant de la récupération des erreurs		Culture proactive, modèle solidaire
<b>Evènement indésirable n°2 - Agressivité des patients/familles</b>				
AXES	Stratégique	Technique	Structurel	Culturel
1				
2				
3				
4	La solidarité entre professionnels est une valeur sède			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	
<b>Evènement indésirable n°3 - Problème laboratoire</b>				
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
<b>Formaliser la prise en charge pour la coordination de l'ensemble des intervenants auprès du patient et de son entourage</b>			
Mise en place PPS	FAIT	Le PSP est intégré dans le dossier médical informatisé	NBR de patients retournant à domicile ayant bénéficié d'un PPS NBR de patients ayant bénéficié d'un PSP (objectif atteint de 90 % en mai 2016)
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 »
<b>Améliorer la communication entre les professionnels au bénéfice du projet personnalisé du patient</b>			
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, réalisées au niveau du plateau technique, deux fois, pour chacune des cinq unités, soit le matin, soit l'après-midi
Mise en place de staff hebdomadaire de service	En place	Une 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, réalisées au sein de chaque unité, pour chacune des cinq 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

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La culture de la sécurité :

L'enquête a été inscrite au programme d'actions tous les deux ans avec l'aide du COVIRIS. Les derniers résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	63%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	69%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	73%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	62%
5. Travail d'équipe dans le service	83%
6. Liberté d'expression	64%
7. Réponse non punitive à l'erreur	48%
8. Ressources humaines	43%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	54%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	60%

### ➤ La matrice de maturité selon le modèle de SHORTELL

L'évaluation est également a été inscrite au programme d'actions sur une cadence annuelle.

Le dernier consensus d'équipe est présenté dans le tableau ci-dessous :

		Consensus de l'équipe sur les 3 cas			
AXES		Stratégique	Technique	Structurel	Culturel
L'enfance	1				
	2				
L'adolescence	3		Les outils permettant de construire et sécuriser le collectif sont utilisés par l'équipe	Les responsables sollicitent les ressources spécialisées en matière de qualité et de sécurité de manière isolée	
La maturité	4	Pilotage de l'équipe basé sur les démarches qualité et de sécurité			Culture de transparence
	5				

### ➤ L'enquête de satisfaction des professionnels engagés dans Pacte

La dernière enquête a été réalisée en juin 2015. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

● La sécurité de la prise en charge du patient en équipe a progressé								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 40%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 15%				
● Le fonctionnement de l'équipe est amélioré								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 40%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 15%				
● Le partenariat avec le patient et/ou de son entourage a progressé								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 55%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 15%				
● Ma contribution au sein de l'équipe est renforcée								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> 8%	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 61%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/>	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 23%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 8%				
● Ma pratique professionnelle, mon travail sont facilités								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> 8%	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 46%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 23%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 8%				
● Mon travail est reconnu								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> 23%	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 39%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/> 8%	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 15%				
● Ma fonction est valorisée								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> 8%	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 46%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/> 23%	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 8%				
B. Pacte répond à mes attentes								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 31%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/> 31%	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 23%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 15%				
C. Vous recommanderiez ce projet à d'autres équipes								
Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/> 8%	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/> 39%	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/> 23%	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> 15%	Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> 15%				
D. Quel est votre niveau de satisfaction global concernant le projet Pacte								
1/ 10%	2/ 10%	3	4/ 40%	5	6/ 20%	7	8/ 20%	9

## D. Principaux messages à retenir

Notre bilan final	
Que reste-t-il à faire ?	<i>Intégrer les nouveaux salariés à la culture du travail en équipe et au projet Pacte</i>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>Oui, avec de nouveaux membres dans l'équipe</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<i>Renforcement des liens professionnels interservices Que du positif pour le patient et les professionnels dans la promotion du travail en équipe et culture sécurité</i>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<i>Un engagement fort de la direction et un binôme stable Une culture de sécurité</i>
Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	<i>Bien définir la problématique de l'équipe au début du projet Ne pas avoir une équipe avec trop de professionnels</i>
Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...	<i>Un facilitateur formé en interne</i>

## 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 diagnostique 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 paramédicale 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

### 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 :

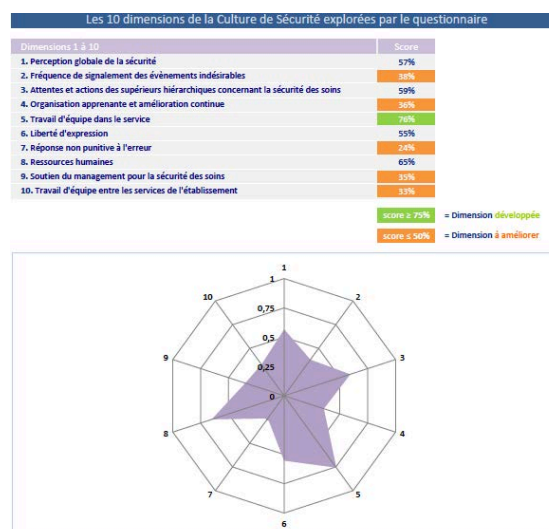
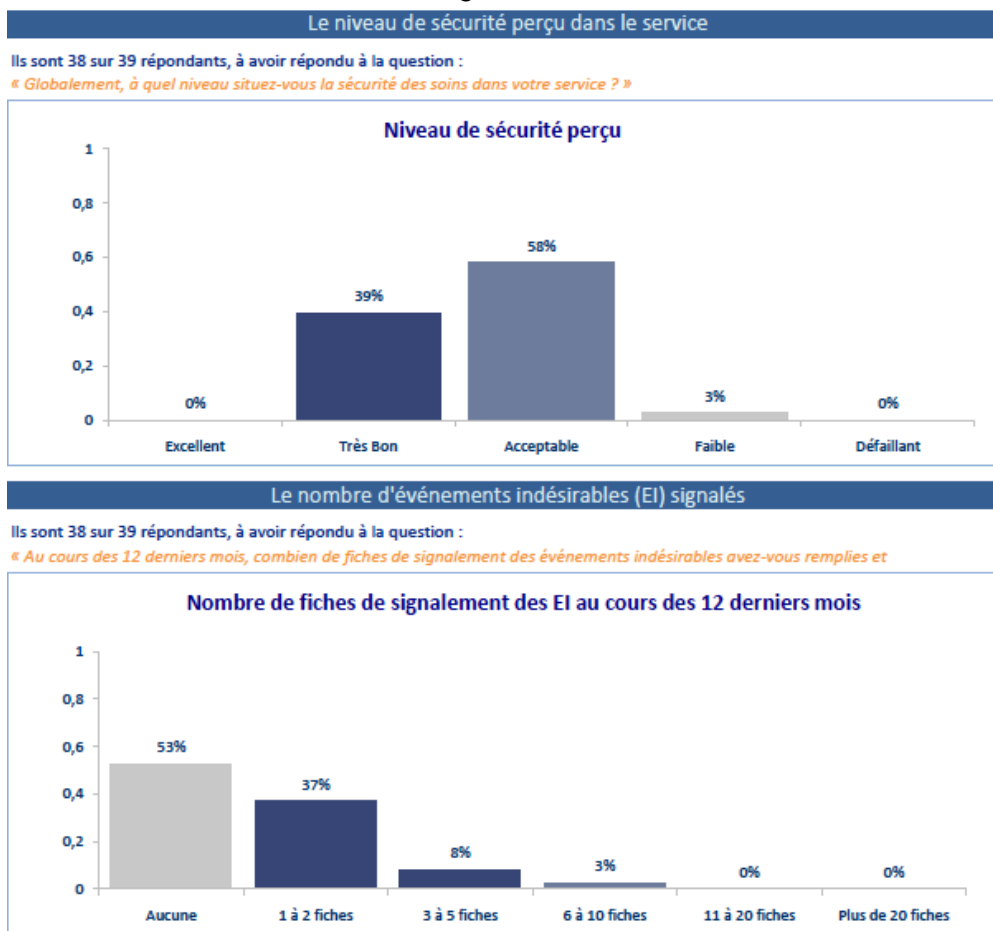


Figure 19-2



## ➤ Le CRM Santé

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

Les professionnels ont formé deux groupes pluridisciplinaires, respectivement de 18 personnes pour le 1<sup>er</sup> CRM animé le 23 mai 2014 et de 19 personnes pour le second CRM animé le 24 septembre.

### Notre avis :

- les deux 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<sup>er</sup> 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 24 heures ?),
  - 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 : télévision, musique ?) ;
- ▶ avoir une « Major de soins », référence pour tous et soutien pour les familles, utile pour les relations au sein de l'équipe ;
- ▶ un 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, etc.

### ➤ 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.

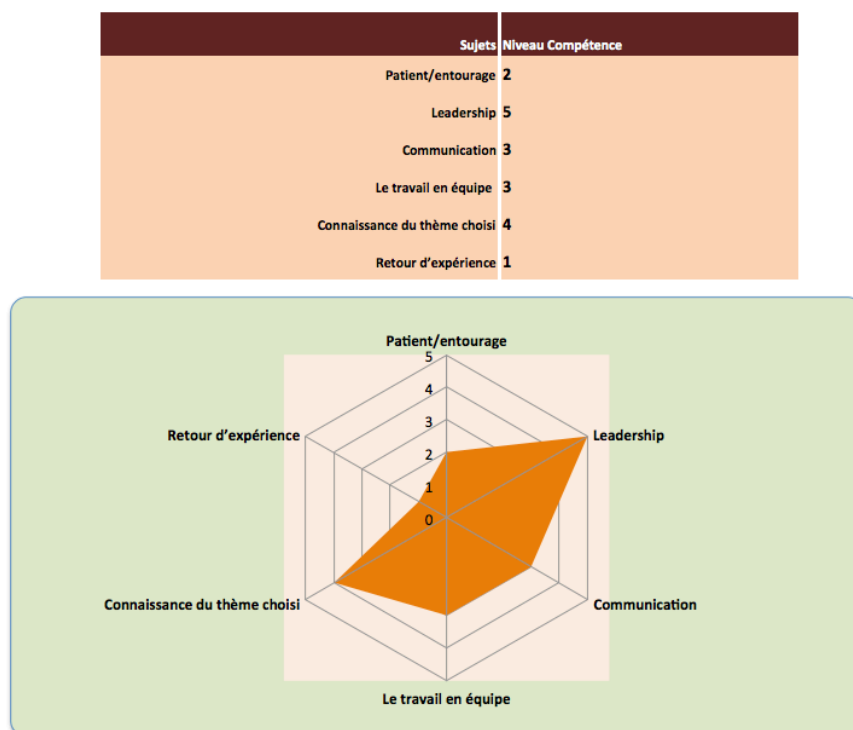
L'ensemble des éléments du diagnostic a permis de préciser les objectifs pour la suite du programme.

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 six domaines évalués au cours de la phase diagnostic. L'outil permet la présentation graphique ci-après :

Figure 19 - 3



### ➤ 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 déclarations d'EIAS et leur analyse en améliorant la communication dans l'équipe.</p>	<p><b>Réunion hebdomadaire du groupe présent en milieu de semaine</b> : un médecin réanimateur + équipe :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nommer un responsable par groupe pour animer la réunion et formaliser le compte rendu (sur la base de supports harmonisés) ;</li> <li>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.</li> </ol> <p>Méthode préconisée pour préparer individuellement le bon fonctionnement du groupe :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mise en place d'un briefing et d'un débriefing quotidiens animés par un leader ou la personne désignée le week-end pour l'animer (à partir du 15 novembre 2014) ;</li> <li>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) ;</li> <li>3. retour d'expérience :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. « en quoi l'équipe a-t-elle fonctionné ? »,</li> <li>b. « en quoi l'équipe n'a pas fonctionné ? »,</li> <li>c. « quelles en sont les causes ? »,</li> <li>d. « quelles sont les actions correctives qui pourraient être mises en œuvre ? »,</li> <li>e. « en avons-nous les moyens ? En avons-nous la volonté ? » ;</li> </ol> </li> <li>4. analyse des fiches de briefing et de débriefing de la semaine écoulée ;</li> <li>5. collecte des points forts et des axes d'amélioration ;</li> <li>6. validation du compte rendu par l'équipe en fin de réunion ;</li> <li>7. évaluation avec l'outil HAS de la portée des outils : avec l'équipe présente, en mars, juin, novembre 2015.</li> </ol>
<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>

## 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 termes de :
  - maîtrise du risque infectieux ;
  - optimisation du parcours du patient dans sa prise en charge ;
  - 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/ AS) ;
- 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 cinq réanimateurs responsables, à tour de rôle chaque semaine, de l'unité de réanimation ;
- l'enquête, 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 d'un 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. Par exemple, face à un événement indésirable sur un défaut d'identification de drain, un CREX a permis de modifier l'organisation</i>
<i>Accompagnement méthodologique</i>		<i>Par la responsable qualité pour améliorer le déroulement des RMM</i>
<p><i>Suivi du programme. Toutes les cinq semaines, réunion du binôme et des leaders pour le suivi du projet :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>synthèse des quatre semaines précédentes ;</i></li> <li><i>ajustement des objectifs ;</i></li> <li><i>ajustement du plan d'actions et point d'étape avec le facilitateur du projet Pacte :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>outils utilisés au cours du mois,</i></li> <li><i>difficultés rencontrées,</i></li> <li><i>ajustement sur les outils proposés à la HAS,</i></li> <li><i>avancement du projet pour l'équipe.</i></li> </ul> </li> </ol>		<p><i>Recueil des indicateurs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- évolution du nombre de signalement ;</i></li> <li><i>- pourcentage de signalements qui ont été analysés en équipe et ont donné lieu à des actions d'amélioration ;</i></li> <li><i>- évolution de la perception des outils briefing et débriefing.</i></li> </ul>

## ➤ 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,
- cinq médecins avec des approches différentes (pas d'implication car ne se sentant pas concernés par l'expérimentation),
- pas d'équipe paramédicale dédiée à la réanimation (en effet, toutes les six semaines, le personnel est renouvelé en totalité sur l'unité par roulement avec l'USIC, donc pas de suivi).

## D. Principaux messages à retenir

### Notre bilan final

<p>L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?</p>	<p><b><u>Oui : optimiser l'expérimentation</u></b></p> <p><i>Par un management participatif pour maintenir une cohésion d'équipe <b>médicale et paramédicale</b></i></p>
<p>Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)</p>	<p><b><u>Augmentation du nombre de déclarations EI :</u></b></p> <p><i>2012 : moins de dix ; 2013 : 24 ; 2014 : 25 ; 2015 : 33. Depuis septembre 2015, instauration d'une analyse en équipe des EI et explications des écarts et actions correctives. Ces moments d'analyse de pratique sont la plupart du temps réalisés de façon informelle, entre deux soins pour les soignants, mais toujours constructifs car sans jugement de la personne mais interrogations sur leur pratique.</i></p> <p><b><u>Travail en équipe :</u></b></p> <p><i>Au cours de l'année 2016 : plusieurs régulations d'équipe.</i></p> <p><i>Restauration d'une communication plus efficace et respect de chacun dans l'équipe à la suite d'une analyse de pratique sur la thématique : « Définir une équipe et définir votre équipe : mesure des écarts et constat des soignants d'un défaut de communication entre eux. »</i></p> <p><i>Mise en place de groupes de parole supervisés par un psychologue.</i></p> <p><b><u>Focus sur la prise en charge des familles :</u></b></p> <p><i>Après l'accueil des familles par les soignants lors des heures de visites, création <b>d'un salon pour les familles</b> : environnement plus apaisant. Suivant la nature de l'annonce faite aux familles, les rendez-vous avec le réanimateur se déroulent au salon. Très bon retour des familles.</i></p>

## 15. Les équipes du centre hospitalier universitaire de Nice

### A. L'établissement et l'équipe engagés



### 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.



## 1) 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 des 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

#### 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'échanges et implication du personnel ;
- état des lieux initial.

### **Synthèse de nos résultats :**

Trois 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**

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

Une 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 quatre axes de travail :

- ▶ la gestion du personnel et des flux ;
- ▶ la valorisation du personnel ;
- ▶ 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<sup>e</sup> 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**

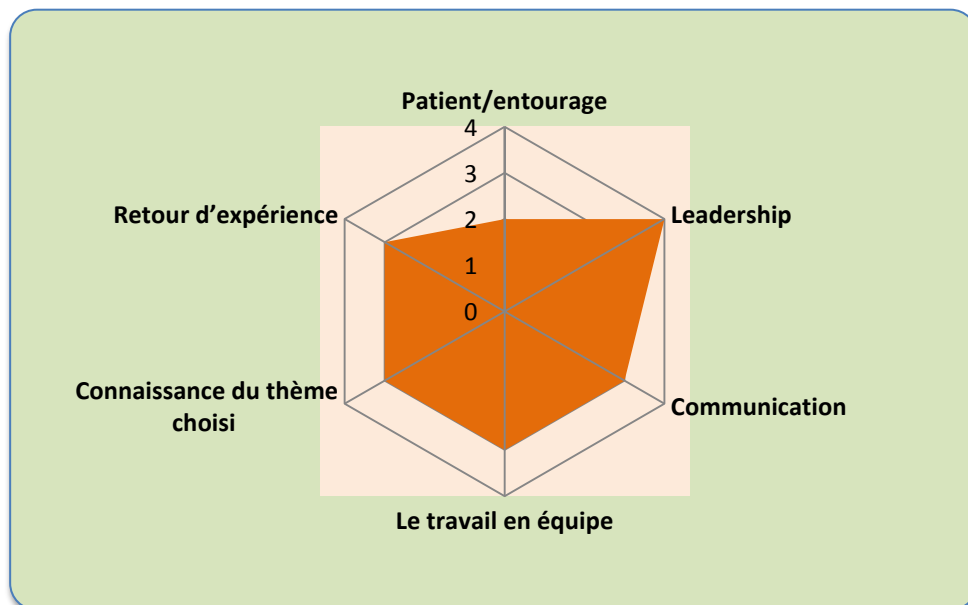
Une réunion le 8 juillet (conviviale autour d'un repas) : présentation des résultats + analyse + dégagement des problématiques et des axes d'amélioration.

### **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 burnout de Christian Maslach (la *Maslach Burnout Inventory* (MBI)).

14 mai 2014 : questionnaires en ligne via le blog dédié.

### Notre avis :

- supports d'échanges et implication du personnel 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 des 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. Une séance dédiée à l'annonce du diagnostic avec la participation de représentants des usagers (utilisation du « Teach back »).

## 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
- 12/12/2014 : simulation de situations de stress ;
- 11/02/2015 : simulation information du patient (Faire dire).

#### **Synthèse de nos résultats :**

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

- reconstitution d'événements 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'actions

Suivi du plan d'actions			
Actions	Avancement	Résultat intermédiaire éventuel	Méthode de suivi dont les indicateurs
<b>Favoriser la valorisation et la reconnaissance du travail des agents</b>			
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.	
<b>Améliorer la communication au sein de l'équipe et avec les patients</b>			
Pendant les séances de simulation : analyse de la communication + exercices de briefing débriefing + une 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.	Trois séances de simulation « Pacte » réalisées.	Résultats enquête de satisfaction Pacte. Nombre de séances réalisées. Résultats questionnaires « culture sécurité » et « QPTE ».
<b>Développer une culture de déclaration des évènements indésirables</b>			
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.

## D. Principaux messages à retenir

Notre bilan final	
Que reste-t-il à faire ?	Le programme est clos mais il y a des demandes qui demeurent pour l'accueil des nouveaux infirmiers et internes, internes qui sont par ailleurs entraînés à la communication avec le patient dans le cadre du département de médecine générale, dans des séances de simulation, avec la participation d'étudiants infirmiers et des patients membres d'associations.
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	Il s'agirait peut être plutôt de lancer Pacte à l'échelle d'un des services du pôle (MGU : Unité d'hospitalisation de médecine générale d'urgence, SAMU-SMUR ?), mais la démarche doit être validée et déclinée au sein du pôle. Les orientations du contrat de pôle peuvent aller dans ce

	<i>sens.</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<i>Il y avait une vraie attente du personnel, qui a apprécié la démarche et serait prêt à continuer des séances de travail, pour la plupart des membres. Mais, comme cela a été dit, la trop grande dimension du terrain d'expérimentation n'a pas permis de mesurer des impacts au niveau des services.</i>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<i>Une équipe de facilitateurs et un binôme motivés (c'était le cas), des responsables engagés (difficile dans la période passée avec les changements importants que nous avons connu : site, responsable soignant de pôle, chef de pôle etc.), une équipe bien définie, une phase diagnostique avec des questionnaires permettant une vision claire des problématiques (le questionnaire de la HAS est, à nos yeux, insuffisant ; celui que nous avons traduit de Team Stepps et que nous avons appelé QPTE est très bon), l'outil de la simulation en santé est très efficace à la fois sur des éléments techniques (simple jeux de rôle sur un outil de communication) et sur des éléments plus complexes (scénarios avec charge émotionnelle, gestion des conflits, etc.).</i>
Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?	<i>Le risque principal est de retomber dans le travers du « tout protocole ». La communication avec le patient, la collaboration interprofessionnelle ont besoin de formations où les membres du personnel peuvent être reconnus dans leurs compétences (ils sont déjà experts pour certains). Il y a de fait des techniques à apprendre, des bonnes pratiques à acquérir et les jeux de rôle peuvent être utilisés. Mais la simulation avec ses scénarios complexes et son débriefing réflexif permet d'approcher les dimensions proprement « humaines » nécessaires au métier.</i>
Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...	<i>Notre démarche assez expérimentale de laboratoire de formation n'a pas été toujours peut être très bien comprise. Grand regret de ne pas avoir fait ce travail à l'échelle d'un service.</i>

## 2) L'équipe de réanimation médicale



### 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 un 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 (trois volets : formation à l'outil, évolution de l'outil, pallier les 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 la 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.

## C. Présentation des résultats issus de l'expérimentation

### 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.

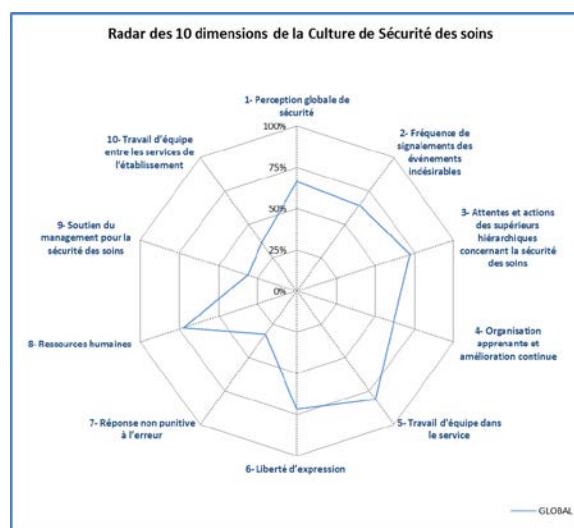
#### Notre avis :

- support facile à utiliser ;
- outil intéressant pour la cartographie en dix 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 de la 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

Deux 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 deux 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 interprofessionnel 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 (fiche 2) 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 trois semaines) et *a priori* avec calcul de la criticité sur cinq réunions.

### Notre avis :

- « Modèle diagnostic » (Excel) très compliqué à remplir dans la forme (car la dimension des cases est 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 :

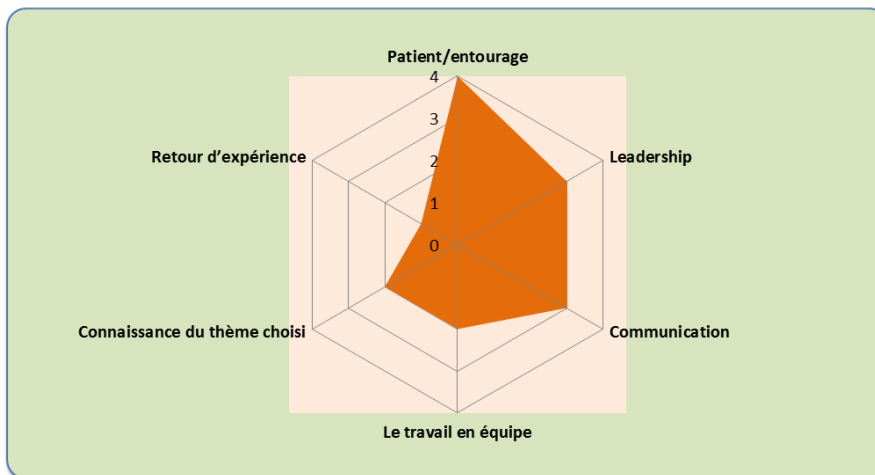
L'analyse permet de clarifier des points positifs :

- ▶ 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 soins 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

## 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 agents pour leur permettre de structurer leur communication.

#### Notre avis :

- l'outil 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

REMEDI, 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>TeamSTEPPS (fin de Pacte 2016)</i>
<i>Mise en place de groupes de paroles</i>	<i>Réalisé</i>	<i>Organisation régulière par la</i>	<i>Taux de participation</i>

		<p>psychologue en dehors de la présence des cadres médicaux et soignants</p> <p>Quatre à sept participants par séances</p> <p>Environ une 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
<b>Valoriser les professionnels</b>			
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 TeamSTEPPS (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	
<b>Gérer les risques en équipe</b>			
Formation à la déclaration des événements 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

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La culture de la sécurité

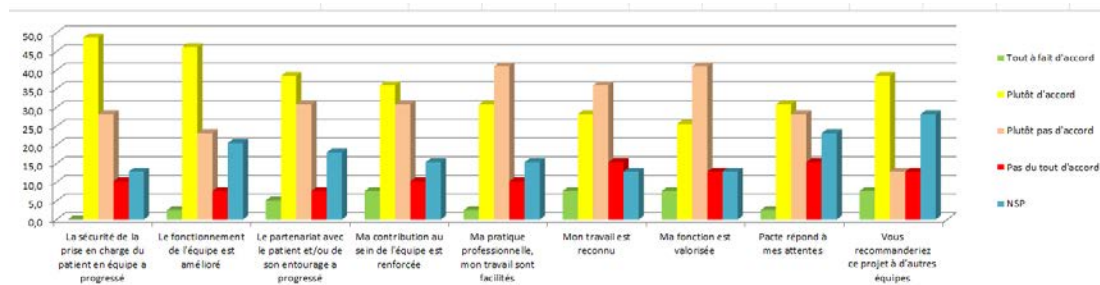
#### Synthèse de nos résultats :

Globalement la perception de la sécurité des soins a diminué par rapport à la première enquête. L'analyse en équipe de ces résultats met en évidence que c'est en fait le seuil d'exigence des professionnels qui a augmenté. C'est une évaluation à reconduire régulièrement.



### ➤ Enquête de satisfaction des professionnels engagés dans Pacte :

#### Synthèse de nos résultats :



### ➤ La matrice de maturité selon le modèle de SHORTELL:

#### Synthèse de nos résultats :

Les niveaux atteints sur la matrice de maturité objectivent la maturité de l'équipe. Le seuil d'exigence collective est important

Axe stratégique, quelle priorité?	Axe technique, quels outils?	Axe structurel: quel management, quelles ressources	Axe culturel : quelle culture?
4	3	4	4
<b>PILOTAGE DE L'EQUIPE BASEE SUR LES DEMARCHES DE QUALITE ET DE SECURITE</b> Le pilotage de l'équipe ou de l'unité s'appuie sur des compétences techniques et des compétences non techniques qui sont valorisées. La solidarité entre professionnels est une valeur sociale.	<b>LES OUTILS PERMETTANT DE CONSTRUIRE ET SECURISER LE COLLECTIF SONT UTILISES PAR L'EQUIPE</b> Des projets de recherche et des actions d'EPP multi professionnels concernent la sécurité du patient. Les outils d'analyse des pratiques et les outils de pratiques collaboratives mis à disposition sont connus et utilisés. La méthode patient traceur et patient traceur équipe ont été mises en œuvre sur le service. Les outils sont utilisés (Briefing/Debriefing - Check-list, RMM, Analyses ALARM/REMEDI). Les outils d'analyse de la satisfaction des patients et les réclamations sont utilisés. Les résultats d'évaluations et d'audits sont diffusés et analysés en équipe.	<b>L'EQUIPE PARTICIPE A LA PRISE DE DECISION.</b> L'expression de tous les membres de l'équipe est spontanée et intégrée dans la pratique quotidienne (réunion d'équipe, CREX, RMM...). Les structures de gestion de la qualité et de la sécurité sont connues. Les managers sont tous formés aux modalités de prises de décisions collectives. Leurs équipes sont associées aux décisions. Les familles sont accueillies 24h/24 et sont informées des projets thérapeutiques.	<b>CULTURE de TRANSPARENCE</b> L'équipe s'approprie les résultats des indicateurs et se sent concernée. Le groupe est solidaire et il existe un sentiment d'appartenance. Les événements sont signalés et connus de tous. L'analyse est faite en tenant compte des interfaces. Les personnes qui signalent sont valorisées. Le patient est intégré dans les stratégies collectives de prise en charge comme un acteur participatif qu'on écoute.

## ➤ Autres résultats :

### Axe technique :

- la cartographie des risques liés à la prescription informatique a été réalisée et les dix points les plus critiques ont fait l'objet d'actions correctives de maîtrise ;
- une analyse sur les interruptions de tâches est en cours.

### Axe équipe :

- les règles et les valeurs sont affichées ;
- l'entretien d'accueil des nouveaux agents et les évaluations annuelles intègrent ces valeurs et la notion de performance collective ;
- le nombre de déclarations d'événements indésirables a augmenté et des analyses en équipes (REMEDI/ALARM – RMM) sont réalisées.

## D. Principaux messages à retenir

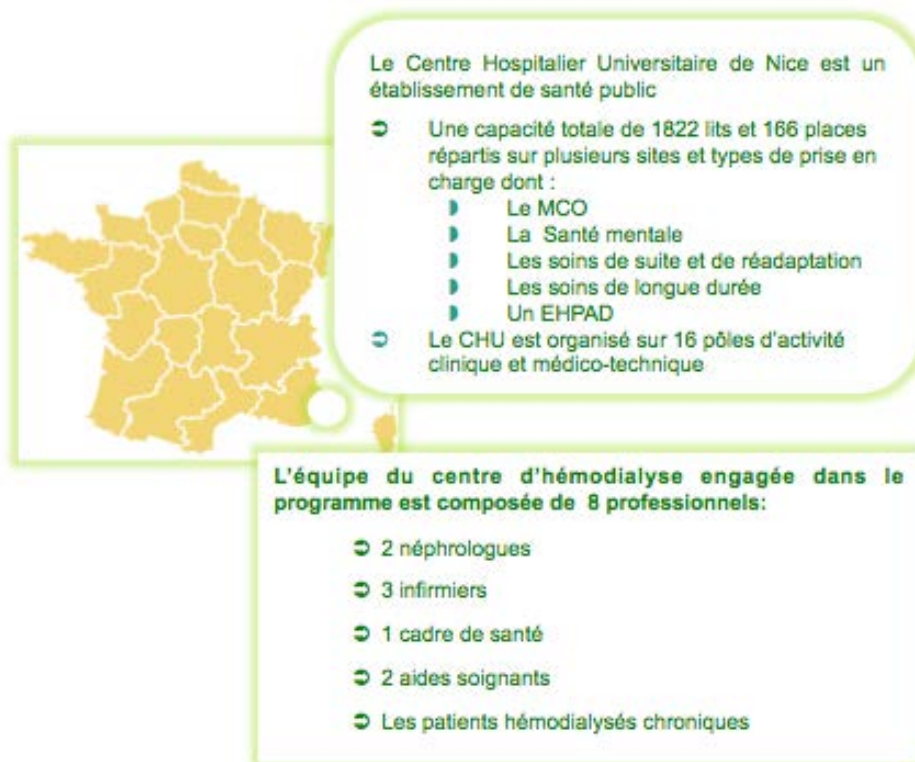
### Notre bilan final

Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)

- *L'équipe fonctionnait déjà avec une collaboration forte entre médecins et soignants, liée en partie à la présence d'un médecin H24 et au vécu spécifique de la réanimation.*
- *Mais la participation au projet Pacte a permis d'afficher que l'équipe et son fonctionnement est fondamental dans la qualité de la prise en charge. Pacte nous a obligés dans des moments d'activité intense, avec chacun des priorités différentes, à garder des moments privilégiés où l'on se centre sur l'équipe et son importance, et à parler en équipe de l'équipe.*
- *Rattacher la notion de fonctionnement d'équipe avec la notion de pertinence collective a d'ailleurs aussi amené à intégrer la notion d'équipe de manière plus structurée dans l'entretien d'accueil, dans la fiche de poste des agents, dans les entretiens d'évaluation.*
- *La phase diagnostic, avec l'utilisation des outils proposés et surtout l'échange sur les résultats obtenus, a été intéressante pour s'entendre sur les axes d'amélioration les plus pertinents pour notre groupe. L'utilisation des outils permet de donner un fil conducteur aux réunions, d'échanger de manière plus structurée avec un langage plus partagé au sein de l'équipe.*
- *En revanche, dans l'analyse des différents résultats, on se rend compte qu'ils sont très liés au contexte environnemental et qu'ils fluctuent dans le temps.*
- *Le seuil d'exigence de l'équipe a augmenté, les soignants tendent vers l'excellence et même si, dans les échanges oraux, ressortent les progrès et le bon fonctionnement de l'équipe, à l'évaluation écrite, ils ont tendance à sous-évaluer le fonctionnement du groupe alors que lors des échanges au cours de l'évaluation de*

<p>Quelles sont les conditions de réussite ?</p>	<p><i>la matrice de maturité, ils prennent conscience du chemin parcouru.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L'implication du binôme médico-soignant.</i></li> <li>- <i>Le soutien méthodologique des facilitateurs.</i></li> <li>- <i>Des retours extérieurs (HAS, formateurs, facilitateurs) pour prendre conscience de l'évolution de l'équipe.</i></li> </ul>
<p>Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les prochaines équipes ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Difficultés de tenir l'engagement et le rythme des travaux sur la durée dans un contexte institutionnel difficile.</i></li> <li>- <i>Les résultats ne sont jamais acquis (changements des membres de l'équipe, contexte évolutif avec des priorités mouvantes).</i></li> <li>- <i>Le projet repose en grande partie sur le leadership du binôme. Le départ de celui-ci remet en question le niveau atteint et plus globalement l'ensemble de la démarche.</i></li> </ul>

### 3) 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

### 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 a permis 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 d'une liberté d'expression suffisante en ce qui concerne la gestion des risques malgré le peu de déclarations 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 », dont le taux est de 21 % et qui fait partie des points à améliorer. En ce qui concerne les points 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 M. ALMALBERTI.

Les professionnels présents étaient composés de : 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 émergé 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 doivent être tournés vers le patient, afin de le mettre au cœur des 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

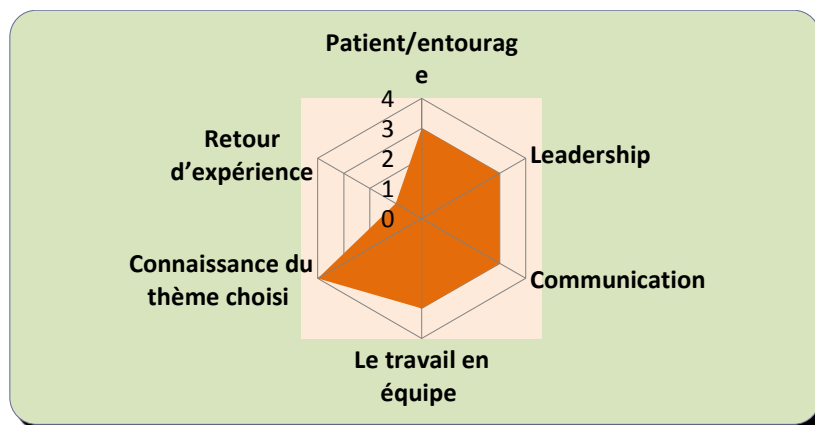
Outil testé avec l'équipe Pacte mais très difficile d'appropriation ; il nous a semblé difficile de faire passer le bon message.

### ➤ Analyse de la problématique

Réalisation du Modèle Diagnostique en version EXCEL (10/2014). Cette rédaction a été réalisée au décours de trois réunions, dont une 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 du 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 messagerie électronique du logiciel de dialyse (partiellement réalisé), l'affichage de l'information sur tableau d'affichage dans salle de pause (mis en place) et la 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

## 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 manquante voir mal comprise.

#### Synthèse de nos résultats :

- cela 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
<b>Organisation des soins à faire évoluer/ :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcer la cohésion de l'équipe ;</li> <li>- améliorer la communication au sein de l'équipe ;</li> <li>- revoir la répartition des tâches.</li> </ul>			
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	Nombre de soignants présents aux RMM et CQ
Formalisation de la cartographie des risques a priori (accompagnement par CNEH)	En cours	Avec une étudiante en Master qualité	Nombre d'EI liés aux soins déclarés et traités
Démarche institutionnelle de gestion des risques (déclaration – traitement)	En cours	Formalisation avec Ennov Process et cahier des EI	Cartographie des risques formalisée (nombre de personnes ayant pris connaissance et nombre de personnes ayant compris)
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.

Évaluation 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
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.	Taux de nouveaux patients ayant bénéficié d'une pré-visite du CHD
Lavage des mains au branchement			Nombre de projets « d'apprentissage » suivis dans SINED
Compression FAV			Création d'une fiche visite du centre avec différents items et documents à remettre.

Connaissance sur la protection des cathéters			
<b>Besoin de soutien et de valorisation des professionnels :</b>			
- améliorer la cohésion en répondant au besoin de valorisation des professionnels.			
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 missions 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 de la sécurité + questionnaire de satisfaction)
Responsabilité des tâches bien définie (référents)			

## Présentation des résultats issus de l'expérimentation (N+2)

### ➤ La culture de la sécurité



### Synthèse de nos résultats :

Les réponses aux questions en rapport avec l'amélioration de la sécurité et du travail en équipe au niveau du service montrent une évolution positive de la perception des professionnels. En revanche, peu d'évolution au niveau des questions relatives au contexte institutionnel.

### ➤ Autres résultats

#### Organisation des soins :

- ▶ travail en commun sur les fiches de tâche : les fiches ont été rédigées et sont utilisées par les professionnels du service ;
- ▶ formation sur les abords vasculaires : deux sessions de formation ont été organisées ;

- ▶ diffusion interne des informations et amélioration des outils : tableau d'affichage en salle de pause + amélioration des transmissions dans la « bible » + réunions hebdomadaires avec participation plus active des soignants ;
- ▶ intervention dans le service d'une psychologue : organisation de groupes de parole avec l'équipe et interventions ponctuelles auprès de patients.

### Gestion des risques en équipe :

- ▶ participation des soignants aux RMM et commissions qualité : sur 2016, une seule commission début 2016 puis réorganisation de l'établissement avec disparition du pôle uro-néphrologie intégré dans un pôle comprenant sept services ;
- ▶ cartographie des risques a priori : réalisée au sein du service ;
- ▶ cahier des événements indésirables mis en place avec un succès « éphémère ». Utilisation plus fréquente du système de déclaration des événements indésirables institutionnel (Ennov Process).

*Ces actions sont à poursuivre au sein du nouveau pôle.*

### Participation active du patient à sa prise en charge :

- ▶ 70 % des patients ont bénéficié d'une visite et d'une présentation du service avant leur première séance de dialyse ;
- ▶ remise de la « charte de dialyse » au patient. Ce document élaboré en équipe est remis au patient lors de la visite de pré-dialyse ;
- ▶ des actions d'éducation ont été mises en place (lavage des mains, compressions de la fistule, protection du cathéter). Une majorité de patients a été peu observante sur ces mesures (nécessité d'une intervention des professionnels pour ces actions).

## D. Principaux messages à retenir

### Notre bilan final

Que reste-t-il à faire ?	<i>Poursuivre et pérenniser les actions. Trouver de nouvelles pistes pour démontrer aux patients qu'ils doivent s'impliquer dans leur pathologie pour être acteurs de leur prise en charge.</i>
L'équipe souhaite-t-elle poursuivre Pacte ?	<i>Pacte est maintenant ancré au sein du fonctionnement du service (« on fait du Pacte sans Pacte »).</i>
Quelles leçons avez-vous tirées de cette expérimentation (bénéfices pour l'équipe, l'établissement, la sécurité du patient et le patient ?)	<i>Pacte a permis d'obtenir une cohésion d'équipe plus importante, une anticipation dans la prise en charge des patients avec des transmissions d'information plus cohérentes. La libre expression de chacun a ouvert des échanges plus efficaces. Les bénéfices d'un tel projet se perçoivent au quotidien mais sont moins flagrants dans les évaluations de la perception de l'équipe probablement en raison d'une augmentation du niveau d'exigence de chacun.</i>
Quelles sont les conditions de réussite ?	<i>L'implication de tous et pas seulement d'une partie de l'équipe. Avoir une équipe stable. Choisir le bon moment et le bon rythme pour faire avancer le projet. Un binôme cadre/médecin solide. Identification d'objectifs précis après la phase diagnostique.</i>
Quels sont les principaux risques ? Les principales recommandations pour les	<i>Le principal risque : le contexte mouvant interne (restructuration du service, nombreux changements au niveau du personnel) et externe (restructuration globale de l'établissement avec changements du périmètre et des responsables de pôle +</i>

prochaines équipes ?

*contexte institutionnel fragile en raison d'un plan de retour à l'équilibre financier).*

Vous feriez quelque chose différemment la prochaine fois...

*Travailler plus sur l'implication de tous et aborder le projet en responsabilisant chacun et en autonomisant l'équipe.*



## 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'actions avait été défini.

Figure 8 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.

## Témoignage d'Agnès RICARD-HIBON

« Nous nous sommes engagés dans un projet PACTE, programme d'amélioration continue du travail en équipe. Au Samu, la coopération entre les assistants de régulation médicaux qui décrochent le téléphone et le médecin qui fait une régulation médicale a lieu au quotidien, à chaque instant, et la qualité de la communication entre les ARM et les médecins est un point essentiel de qualité et de sécurité des soins, et un point essentiel en cas de dysfonctionnement sur les risques médico-légaux et les plaintes, avec parfois des conséquences dramatiques. Nous nous sommes donc engagés dans ce projet parce qu'il y avait des difficultés de communication avec les ARM qui avaient peur de se faire réprimander par les médecins, les médecins qui étaient mécontents du manque d'homogénéité des pratiques au niveau des ARM. Nous avons clairement identifié des difficultés de communication qui avaient eu des impacts sur le médico-légal.

Nous avons réussi à motiver la direction. Le projet a été piloté par la DSI et la direction de la Qualité. Le fait que ce soit un projet en partenariat avec la HAS est un point important car cela donne une méthodologie et un soutien un peu institutionnel. Mais j'ai surtout expliqué à la direction qu'en améliorant la communication entre les deux professionnels, on diminuait le risque de plaintes, de conséquences médico-légales, et on améliorait la qualité des soins. Les médecins étaient l'autre catégorie à motiver, sachant qu'ils s'intéressent peu à la QVT et ne consacrent pas beaucoup de temps à ces réunions un peu éloignées de leur cœur de métier. Nous avons pu démontrer comment ce projet PACTE pouvait clairement améliorer la qualité des soins au quotidien. Nous n'avons pas multiplié les réunions car c'est très chronophage, ce qui empêche les médecins de s'engager. Nous avons organisé simplement trois réunions d'équipe. C'était très incitatif, c'est-à-dire qu'il fallait émarger et faire en sorte que la majorité des médecins soient présents, et les ARM ont tous répondu. Avec une implication très forte du cadre de proximité. En revanche, nous avons informé les partenaires sociaux, qui ont regardé le projet mais n'étaient pas présents aux réunions. L'objectif était que ceux qui ne s'expriment pas ou peu puissent s'exprimer dans des groupes restreints, ce qui a marché. Les ARM et les médecins ont échangé sur la manière dont ils vivent au quotidien, par exemple, un médecin bougon à qui ils ont peur de transmettre une information à trois heures du matin, ou encore le volume sonore très important dans la régulation et le fait que les ARM transmettaient les informations au-dessus des ordinateurs plutôt que par téléphone. Ce travail a abouti à des propositions très créatives et à des décisions dès lors que cela n'impliquait pas un budget trop important. Cela a donc permis de la créativité dans les idées mais aussi des prises de décision en réunion sur la façon d'améliorer des détails que l'on n'avait pas forcément identifiés, comme améliorer le niveau sonore, la concentration par rapport à la réception du message donné par l'ARM, mais également la protection des personnels, sachant que lorsqu'ils parlaient au-dessus des ordinateurs, ce n'était pas enregistré, alors que lorsqu'ils parlaient dans les téléphones avec une amélioration des écouteurs, c'était enregistré, ce qui pouvait les protéger.

Ce projet a bien fonctionné, (même si nous n'avons pas été extrêmement rigoureux dans le rendu à la HAS), que ce soit sur l'amélioration des indicateurs qualité sur le temps de prise d'un appel (sachant que nous étions très éloignés du standard qui consiste à décrocher, en moins d'une minute, 99 % des appels), ou que ce soit sur la diminution très sensible des arrêts maladie de courte durée des ARM. Nous avons gagné pratiquement un équivalent temps plein. Les médecins ont appris à mieux écouter les ARM et ont compris que le fait d'être souriant, par exemple, de regarder les ARM dans les yeux en leur parlant, était important. Nous avons fait tout un travail sur la communication verbale et non-verbale entre médecins et ARM. »

Extrait de : La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Expérimenter, c'est imaginer, HAS, anact-aract, p33-34, septembre 2017.

## Annexe 5 Liste des équipes et référents de la phase pilote

ETABLISSEMENT	VILLE	EQUIPE	BINÔME RÉFÉRENT	FACILITATEUR
<b>(HUPS) Hôpital Antoine Béchère à Clamart</b>	CLAMART	Médecine aigue polyvalente (map)	- FIOR Renato, médecin - RIEUTORD André, pharmacien - MORELLEC SONIA, cadre de sante	- Niccolo CURATOLO, pharmacien
<b>AP HP hôpital Saint-Antoine</b>	PARIS CEDEX 12	Médecine interne	- Sébastien Rivière, médecin - Françoise CUILIER, cadre	- Dunia MUTABESHA, ingénieur qualité - Valérie DROUVOT, responsable qualité blocs opératoires et endoscopies
<b>AP HP hôpital Tenon</b>	PARIS CEDEX 20	Réanimation	- Michel DJIBRE, médecin - Anita FLECHEL, cadre supérieur - Julien ROUSSET, médecin anesthésiste	
<b>APHP hôpitaux universitaires Paris Sud (Bicêtre)</b>	LE KREMLIN-BICÊTRE	Neurologie adulte	- David ADAMS, chef de service - Laure THARIN ALPHONSOUT, cadre de service	- Cindy FRAIR, gestionnaire de risques GH
<b>APHP hôpitaux universitaires Paris Sud (Bicêtre)</b>	LE KREMLIN-BICÊTRE	Réanimation néonatale	- Anne DEWYNTER, cadre paramédicale de Pôle - Marie-Elisabeth ALMIRA Marie, cadre de santé - Nolwenn LE SACHE, PH	- Florian DECOUSSER, responsable qualité-gestion des Risques - Cindy FRAIR, gestionnaire de risques GH
<b>Association les capucins</b>	ANGERS CEDEX 02	Ssr neurologie	- Anne-Laure FERRAPIE, médecin MPR - Audrey MOLLE, ergothérapeute	Valérie DUBUS, médecin MPR
<b>Centre de réadaptation cardiovasculaire Bois Gibert</b>	BALLAN-MIRÉ	Réadaptation cardiovasculaire	- Laëtitia LEPAREUX, cadre de santé - Julien CABEDOCE, cadre de santé - Gertrude LECOMTE, médecin	Carine JANNIN, responsable qualité-gestion des risques
<b>Centre de soins de suite et de réadaptation Le Bodio</b>	PONTCHATEAU	Soins de suite et réadaptation	- MAEVA DANILO, RQSE - AUDREY SCHUBERT, cadre de santé	Cécile LOONIS, médecin, Réseau qualisanté44
<b>Centre hospitalier de Mende</b>	MENDE	Hospitalisation de chirurgie	- Fanny VIALARD, IDE - Petar SBIRKOV, chirurgien en urologie - Laurence GEORGES, faisant fonction de cadre de santé	- Monique AKMEL, BOURGADE DCGS - Marge LATHUILIERE, responsable formation continue
<b>Centre hospitalier Paul Chapron</b>	LA FERTÉ-BERNARD	Urgences	- Catherine CHANTEPIE, cadre supérieur des urgences - Abdelkader BOUNAAMA, chef de service des urgences - MARTINE DOBBERSTEIN, cadre supérieur faisant fonction de directrice des soins	Fanny LOISEAU BEFFUMO, ingénieur qualité-gestion des risques

<b>Centre Léon Bérard</b>	LYON	BLOC OP et interfaces	- Martine Simon, cadre - Anne-Laure Boiza, IADE	Georges ROMERO, anesthésiste et gestion des risques
<b>Centre orthopédique médico-chirurgical de Dracy-le-Fort</b>	DRACY-LE-FORT	BLOC OPERATOIRE	-Karine FERRARE, directrice des soins Infirmiers de chirurgie -Peggy BILLON, directrice des Soins Infirmiers du SSR	Murielle CHAILLOU, directrice qualité et gestion des risques
<b>CH d'USSEL</b>	USSEL	Service d'hospitalisation de cardiologie	- Alain BERENFELD, chef de pôle - Julie CARDOSO, cadre de santé	Jean-Yves CHASTENET, responsable QGDR
<b>CH Esquirol – Limoges</b>	LIMOGES		- Nathalie SALOME, médecin PH - Isabelle VENNAT, cadre de santé	Géraldine BARRUCHE, coordonnatrice GDR associés aux soins
<b>CH Layon-Aubance</b>	MARTIGNÉ-BRIAND	SSR	- Yann LEBLONG, cadre de santé SSR - Claire RIPOCHE, cadre de santé EHPAD - Olivier TOURAULT, médecin coordonnateur	Solenne LAJAUNIE, responsable qualité et gestion des risques
<b>CH Louis Pasteur Dole</b>	DOLE	PNEUMOLOGIE	- Alexandra BOUTIBA, puis - Laurence MEUNIER, cadre de santé - Véronique REBOULLET, chef de service	Valentin DAUCOURT, médecin REQUA
<b>CH Marne la Vallée</b>	JOSSIGNY	Réanimation	- Eric DELPIERRE, médecin chef de service - Laetitia CRONIER, cadre de santé	Sandrine BIOU, coordonnatrice du service QGDR
<b>CH Vauclaire</b>	MONTPON - MENESTEROL	ADMISSION EN PSYCHIATRIE SANS CONSENTEMENT	- Estelle BARRIO-LOPEZ, cadre de santé - Hervé DE-PERETTI, médecin psychiatre - Régis LAPOUZE, cadre supérieur de santé	Annette VIROULAUD, responsable qualité/GDR
<b>CHP Saint Grégoire</b>	SAINT-GRÉGOIRE	CHIMIO AMBU	- Marcelle LE BIHAN, coordinatrice générale des soins - Xavier ARTIGNAN, médecin onc-radiothérapie - Catherine PROVENSOL, pharmacienne	Delphine COLLET, RAQ et GDR
<b>CHS Saint Ylie - Jura de Dole</b>	DOLE	PSYCHIATRIE ADULTE (Les bruyères)	- Nadège FEUILLEBOIS, praticien hospitalier - Emmanuel ROBERT, cadre de santé supérieur - Stéphanie VINCENT, cadre de santé	Valentin DAUCOURT, médecin, REQUA
<b>CHU de Nantes</b>	NANTES CEDEX 1	Salle de naissance	- Julie ESBELIN, médecin responsable de la salle de naissance - Catherine KERFORN, sage-femme responsable d'unité de soins, mission transversale qualité, risques, évaluation	Cécile PAILLE, médecin de santé publique, responsable unité « évaluation et risques cliniques »

<b>CHU de Rennes</b>	RENNES	Bloc opératoire des urgences adultes	- Kelig AUGER DUCLOS, cadre de santé - Patrick L'HOURS, responsable médical d'UF, anesthésiste réanimateur - Valérie BELLOIR, cadre de santé – IADE - Pierre Louis HÉNAUX, neurochirurgien - Emmanuelle MONDIN, cadre de santé	David VEILLARD, médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
<b>CHU Dijon</b>	DIJON	Bloc chir cardiovasculaire	- Éric STEINMETZ, chef de service chir cardiovasculaire - Claude GIRARD, chef de service anesthésie - Catherine THIARD, cadre IBODE BLOC - Dominique LAGARDE, cadre IADE anesthésie	Rose PRÉTOT, CSS IBODE
<b>Clinique Bretèche</b>	NANTES	Bloc opératoire	- Florence LEJEUNE, chirurgien plasticien - Stéphanie SAINT-ANDRE, chef de bloc	Pascaline LE GUELLEC, responsable qualité-gestion des risques
<b>Clinique Clémentville</b>	MONTPELLIER	Obstétrique	- Vincent DEUTSCH, médecin - Jacques VIGNAL, médecin - Delphine TEMEY, cadre	Jean Luc BARON, médecin
<b>Clinique des Cèdres</b>	BLAGNAC CEDEX	SSR (service hospi et plateau technique)	- Géraldine HERRERA, cadre coordonnateur - Virginie MACCOTTA, cadre rééducateur - Marie Camille GELLE, médecin - Mireille LABARRE, médecin	Lahouaria BELARBI, directeur qualité
<b>Clinique du Château de Garches</b>	GARCHES	Psychiatrie adulte	- Marie-Laure ROBIN, directrice - Marc MASSON, médecin coordinateur	Emilie GOZE, responsable qualité
<b>Clinique du Château de Vernhes</b>	BONDIGOUX	SSR	- Agnès BEULZ, cadre de santé - Valérie MEGRET, médecin	Stéphanie DECAUX, directrice adjointe
<b>Clinique du Mas de Rochet</b>	CASTELNAU-LE-LEZ	Activité pluridisciplinaire du 1 <sup>er</sup> étage	- Marie-Josée KLUTSCH, oncologue médical - Annie MONNIER, cadre de santé	Cécile KAUER, responsable des affaires financières
<b>Clinique du Parc Lyon</b>	LYON	Services de soins hospitalisation de chirurgie, pharmacie, accueil	- Nathalie BUFFARD, cadre de santé - Françoise CHAMBON, angiologue - Véronique GEBUHRER, cardiologue	Charlyne LUC, responsable qualité, gestion des risques
<b>Clinique du Souffle</b>	RIOM-ES-MONTAGNES	Hôtellerie restauration	- Laurène CHARBONNEL, responsable réhabilitation - Philippe GUERIN, directeur médical	- Abdoulaye TRAORE, référent qualité - Margaux ROUSSELOT, attachée de direction groupe
<b>Clinique Ker Yonnec</b>	CHAMPIGNY	Psychogériatrie	- Natacha NSALA, IDEC - Dorothee BRICOUT, surveillante générale	Amélie THERAUBE, directrice administrative et qualité



<b>Clinique Marcel Sembat</b>	BOULOGNE-BILLANCOURT	Chirurgie	- Florence THIESSARD, surveillante générale - Adrien LESAINOUX, DOP	Hind BELGASSEM, responsable Qualité
<b>Clinique Saint Augustin</b>	BORDEAUX	Médecine	- Gilles LAGUIONIE, responsable service - Mireille PAQUIER, cadre de santé	Marie Françoise LARROUY, directrice adjointe
<b>Clinique Sainte Anne</b>	LANGON	Chirurgie	- Maxime LAPORTE, chirurgien orthopédique - Philippe PELUCHON, président de CME - Patrick AUBERT, anesthésiste	- Gilles RIBEL, coordonnateur de la gestion des risques - Patrice BAREGE, qualiticien
<b>Cliniques Cantegrit et Argia</b>	BAYONNE	Psychiatrie santé mentale	- Hélène Patillon, chargée de missions qualité - Olivier Amourous, directeur - Gilles Bibette, médecin	Sophie CHEVRIER, responsable qualité
<b>CSR la Boissiere</b>	NOGENT-LE-PHAYE	SSR	- Coralie FOISY, directrice - Camille COUVERT, infirmière référente	Marc-Antoine LIGNEAU, responsable qualité
<b>Centre Hospitalier Spécialisé Pierre Jamet ALBI – Charles Brault</b>	ALBI CEDEX 9	Hospitalisation complète en psychiatrie adulte	- Eva VAYLEUX, psychiatre médecin responsable du service vice-présidente de la CME - Ludovic DAURES, cadre de soins de l'unité	Elizabeth BUJAUD, responsable qualité, coordonnatrice des risques associés aux soins
<b>GHM Grenoble</b>	GRENOBLE	Maternité	- Emmanuel EYRIEY, médecin chef de service - Aurélie VELLEMENT, cadre	Pascal LONGUEEPEE, directeur
<b>HAD Haut Béarn et Soule</b>	OLORON-SAINTE-MARIE	HAD	- Malika TRAISSAC, directrice - Véronique BELESTA, cadre de santé	Bénédicte GUERRIER, ingénieur qualité
<b>Hôpital d'instruction des armées Percy</b>	CLAMART	Bloc	- Nathalie VIGUIE, cadre supérieur - Taroun MAC BRIDE, chirurgien thoracique - Guillaume PELEE DE SAINT MAURICE, chef de fédération	Emmanuel MARTIN, Gestionnaire des risques associés aux soins
<b>Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne</b>	TOULON	Fédération anesthésie, réanimation, urgences (faru)	- Paul BALANDRAUD, chef de département - Bertrand PRUNET, médecin anesthésiste réanimateur - Arnaud DAGAIN, coordonnateur du bloc opératoire	Laurent CRESCI, cadre supérieur de santé-CGDRS
<b>Hôpital François de Daillon CH du Lude</b>	LE LUDE	SSR	- Nathalie BORDE COME, cadre de santé - Jean-Yves MENAGE, médecin, président CME	Irène CHAIGNEAU, Ingénieur qualité/gestion des risques
<b>Institut Paoli Calmette</b>	MARSEILLE	Imagerie interventionnelle	- Gilles PIANA, radiologue interventionnel - Martine KARCHER, cadre de santé en radiologie - Anthony SARRAN, chef du Département d'Imagerie	Martine BOUYSSIE, directrice qualité, coordonnatrice des risques associés aux soins

<b>La Polyclinique Saint Côme</b>	COMPIEGNE	Service soins intensifs	- Laurence BURAUX, responsable de service - Jacqueline BERNARD, directrice des soins	Victoire VERMUE, responsable qualité
<b>Pole de santé du Villeneuvois CH de Villeneuve sur lot</b>	VILLENEUVE-SUR-LOT	Bloc opératoire	- Ana-Luisa GONCALVES, anesthésiste réanimateur, présidente de la commission de bloc - Gisèle LAVAL-REGNIER, cadre de santé	Michel MARSAND, responsable CQGR
<b>Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine</b>	BORDEAUX CEDEX	Urgences	- Julien ALLIGNON, cadre de santé - Anne LEMOINE, médecin	Fabienne DELLION, médecin, chirurgien orthopédiste
<b>Polyclinique de l'Atlantique</b>	SAINT-HERBLAIN	Unités naissances	- Olivier MULTON, gynéco-obstétricien - Lidwine BERTHEREAUX, directrice des soins maternité	Jean TOURRES, Anesthésiste réanimateur
<b>Polyclinique du Parc</b>	SAINT-SAULVE	Urgences	- Sylvain GADEYNE, chirurgien orthopédiste - Frédéric WIERRE, anesthésiste	Grégory MIGNOT, RAQGDR
<b>Polyclinique Saint Odilon</b>	MOULINS-SUR-ALLIER	Service de médecine	- Murielle LAFORET, IDE référente - Hamid BELHADJ, médecin pneumologue	Anne BUSSY, DSI
<b>Santé service Bayonne et Région HAD</b>	BAYONNE	HAD	- Fabienne DEYRIS-CARCEDO, médecin coordonnateur - Sandrine ELISSALDE, cadre de santé	Anne COUSTETS, médecin-Directeur

## Charte Pacte



**Pacte**  
Haute Autorité de Santé

### FINALITÉS

- La charte peut servir d'outil de base pour engager une discussion relative à cette notion d'équipe ;
- Elle peut également constituer un engagement « contractuel » permettant de définir des principes directeurs autour d'un programme sur le travail en équipe ;
- Elle peut également servir tout au long du projet pour vérifier si les principes sont respectés.

### En tant que membre de l'équipe Pacte, je m'engage à :

- Encourager, écouter, et respecter la parole de l'autre, y compris celle du patient ;
- Considérer que la parole de chacun et celle du patient ont la même valeur ;
- Considérer le patient comme un partenaire ;
- Accepter que la parole soit libre tout en respectant chacun ;
- Comprendre et reconnaître le rôle de chacun ;
- Participer activement au projet dans le respect du calendrier ;
- Mettre en œuvre les actions définies par le groupe ;
- Discuter des dysfonctionnements dans un objectif constructif et d'amélioration ;
- Ne pas porter de jugement en cas d'erreurs ;
- Accepter de remettre en question collectivement le fonctionnement habituel et être prêt à changer de repère pour améliorer la sécurité du patient ;
- Faciliter la communication et le partage d'information.

*Ajouter le nom de  
l'établissement*



## Annexe 7 Article

### Programme d'amélioration continue du travail en équipe de la HAS

#### Évaluation après 18 mois d'expérimentation

*May-Michelangeli L., Sami Y., Renoux A. Amalberti R.*

Publication soumise à Risques et Qualité

Texte principal : 4 152 mots hors résumés (mais avec références)

Résumé français 205 mots ; résumé anglais 212 mots

Cinq tableaux

**Résumé (205 mots) :** La HAS conduit depuis 2013 une expérimentation sur son programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) en établissement de santé qui pourrait à terme être incorporé à la certification. 50 équipes représentatives (public, privé, non lucratif, de différents types d'activités) ont expérimenté pendant 18 mois la méthode proposée. 37,5 % des équipes considèrent la démarche comme un franc succès, et 52 % comme un demi-succès avec une amélioration ressentie des relations humaines et des communications, mais une certaine lourdeur du protocole et des résultats sur le fond souvent encore en attente. Le CRM Santé, conçu spécialement pour réaliser un diagnostic du fonctionnement de l'équipe, est plébiscité par toutes les équipes comme l'outil central de la démarche, au point que 15 % des équipes disent vouloir ne répliquer que cet outil sans le reste de Pacte dans d'autres équipes. Pacte apparaît plus bénéficiaire aux équipes qui se sont engagées dès le départ sur un projet précis et ont prévu en conséquence le temps projet et l'organisation. Pacte s'avère trop lourd et trop dilué dans le temps pour des équipes qui l'ont entrepris en 'perruque' de leurs activités normales, comme un projet imposé par l'extérieur sans sujet précis au départ, ni ressources allouées et priorisées pour cet objectif.

Mots clés : Travail en équipe, CRM, Culture de sécurité.

### *HAS's Continuous Improvement Program for Team Work: evaluation after 18 months of experimentation*

**Summary (212 words)** The HAS has been conducting since 2013 an experiment on its program for continuous teamwork Improvement (Pacte) at the hospital, which could eventually be incorporated into certification. 50 representative teams (public, private, nonprofit; acute, rehabilitation, homecare, psychiatric) worked for 18 months on the proposed method. 37.5 % of the teams considered the approach a success and 52 % with a marked improvement in human relations and communications, but cumbersome protocol and substantive results that are still pending. The CRM Santé (Medical team training) is acclaimed by all the teams as the central tool of the approach, to the point that 15 % of the teams say they want to replicate this tool without the rest of Pacte in other teams. Factors most often linked with disappointing results included a starting context of crisis in the ward/hospital, and an erratic monitoring of the approach beyond the diagnosis. Pacte appears more beneficial to the teams that have committed themselves from the outset to a specific project and have accordingly planned the project time; it is too cumbersome and diluted over time for teams that have undertaken Pacte as a 'wig' for their normal activities, such as an externally imposed project without a specific subject at the outset, nor resources budgeted and prioritized for that purpose.

Key-words: Teamwork, CRM, safety culture.

## INTRODUCTION : LES ORIGINES DU PROGRAMME

Le dispositif Pacte (Programme d'amélioration continue du travail en équipe) répond à la volonté de la Haute Autorité de Santé (HAS) de soutenir et développer le travail en équipe dans les établissements de santé. Il n'est plus utile de souligner la contribution des mauvaises communications et coordinations dans la causalité des événements indésirables associés aux soins (EIAS). La littérature internationale est totalement convergente (voir les revues de littérature de Salas 2008 ; Rabøl 2017).

Depuis 30 ans, l'aviation civile a largement inspiré toute l'industrie (Nucléaire, Chimie, Défense, etc.) et maintenant la Santé, à la fois dans le besoin et les méthodes à utiliser pour améliorer cet objectif collectif de sécurisation des pratiques. Elle a, via ses instances internationales, été précurseur et imposé dans les années 90 des cursus obligatoires (et répétés pendant la carrière) sur les facteurs humains à tout son personnel : pilotes et personnels de cabine, mécaniciens sols et contrôleurs aériens ; ces cursus sont basés sur trois piliers :

(1) formation initiale aux facteurs humains sous forme de certificat ;

(2) analyses contextualisées d'incidents et erreurs constatés dans chaque compagnie/site/secteur par le retour d'expérience volontaire, l'analyse systématique des enregistrements automatiques de paramètres de vol (boîtes noires) et les audits par observation directe des opérateurs (technique du LOSA, *Line Operations Safety Audit*) ;

(3) installation de formations récurrentes au travail en équipe appelées CRM (*Crew Resource Management*, Kanki, 2010).

Les CRM sont organisés sous forme de séminaires courts avec de petits groupes professionnels (une vingtaine), en se basant uniquement sur des mises en situation concrètes, et en se centrant exclusivement sur les relations interhumaines dans le travail (on parle de facteurs humains ou de compétences non-techniques).

L'expérience a été largement reprise en Médecine. L'exemple le plus achevé est celui du réseau des vétérans aux États-Unis qui a amélioré de 18 % la mortalité après intervention chirurgicale avec en sus une augmentation importante de la satisfaction au travail des professionnels concernés, médecins et paramédicaux. Leur expérience a reposé sur un diagnostic initial basé sur la cartographie locale des risques et l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS), et sur des CRM imposés à tous ; ce diagnostic conduisait à un programme de deux ans d'amélioration des compétences non techniques les plus défaillantes, accompagné par un coaching interne ou externe (Neily, 2010, 2010, Young-Xu 2011).

C'est la même logique qui a inspiré le programme Pacte de la HAS, dans le but d'améliorer la sécurité du patient.

## LE DISPOSITIF Pacte, HISTORIQUE ET CONTENU

L'engagement dans Pacte est organisé en trois phases sur une période de deux ans :

- un diagnostic initial du fonctionnement de l'équipe, lui-même basé sur trois types de données :
  - le résultat du questionnaire de culture de sécurité proposé et validé dans sa version française par le CCECQA (Ocelli, 2013),
  - l'analyse des indicateurs et EIAS en relation avec les problèmes de communication et coordination,
  - la participation de tous les personnels de l'équipe engagée à un CRM appelé pour la circonstance 'CRM Santé'. Cet outil, conçu par la HAS, s'utilise sur quatre heures et le contenu est imposé par la HAS. Les supports de l'animation sont délivrés en six versions différentes d'exemples pour s'adapter aux différentes équipes : bloc, service de médecine, maternité, pédiatrie, soins de suite et réadaptation fonctionnelle, hospitalisation à domicile. Une 7<sup>e</sup> version dédiée à la psychiatrie étant prévue mais non encore disponible ;

- une phase de mise en œuvre avec une priorité donnée à quelques thèmes identifiés dans le diagnostic, sur lesquels s’engage l’équipe pendant deux ans pour progresser (plans d’actions suivis par des indicateurs dédiés). Chaque équipe est accompagnée par trois personnes : une personne externe à l’équipe appelée « facilitateur », qui sert à la fois de ressource pour aider au respect de la méthodologie, et de coach (lien avec la HAS, suivi du tempo), et deux personnes internes à l’équipe, appelées « binôme », qui animent la démarche pendant les deux ans dans le service ;
- une phase d’évaluation à l’issue des deux ans, utilisant des méthodes imposées : matrice de maturité notamment, et module évaluation des pratiques collaboratives, dont le contenu est centré sur l’équipe et la prise en charge collective dans le parcours du patient choisi, qui vient compléter la méthode du patient traceur.

En l’état, les équipes réalisant Pacte font état de leur démarche lors de la visite de certification de leur établissement de santé et les experts-visiteurs la mettent en avant dans le rapport ; une réflexion est dès à présent engagée pour aller plus loin dans le cadre de la nouvelle itération de la certification.

Pacte est encore aujourd’hui un dispositif expérimental.

En avril 2014, une première phase expérimentale a permis à 18 équipes médicales volontaires couvrant une variété de services et d’activités d’établissements publics et privés de s’engager de roder le processus. Elles ont été très accompagnées par la HAS tout au long de la démarche ; les CRM Santé ont été conçus et faits sur chaque site par la HAS, des réunions de partage et de suivi et un soutien méthodologique ont été mis en place.

Fin 2015, soit 18 mois après le lancement du programme, sur la base des leçons tirées de cette première phase, 50 nouvelles équipes représentatives du public et du privé (maternité, urgence, réanimation, pédiatrie, psychiatrie, oncologie, chirurgie, médecine, soins de suite, hospitalisation à domicile) se sont engagées pour deux ans afin de tester en conditions réelles le programme. Globalement, cette phase dite « pilote » est beaucoup moins accompagnée par la HAS ; l’aide directe est remplacée par un set complet de documentation, d’outils téléchargeables sur un site HAS dédié aux équipes Pacte, y compris les différentes versions de CRM Santé. Ce CRM Santé est à effectuer par des formateurs à trouver sur le ‘marché’ libre (la HAS a organisé un séminaire annuel largement ouvert à tout public pour découvrir l’outil et se l’approprier). La HAS a aussi testé différentes modalités d’accompagnement, en particulier par des structures régionales d’appui (SRA). Le site HAS permet aux équipes de suivre leur programme et de documenter leur démarche (résultats de leur étape de diagnostic, plan d’action, indicateurs, matrice de maturité, etc.).

L’article rapporte ici l’évaluation des 50 équipes de la phase « pilote » à 18 mois.

On notera qu’à ce stade encore précoce de développement du projet, avec un recul limité, la priorité de la HAS est allée à l’évaluation de la faisabilité de la démarche (indicateurs de processus et de satisfaction des équipes) et aux résultats perçus et observés sur le changement des comportements collectifs (indicateurs indirects d’amélioration de la sécurité du patient selon la littérature)

## MÉTHODE D’ÉVALUATION

- 50 équipes volontaires se sont engagées entre octobre et novembre 2015 ;
- 48 équipes ont été évaluées entre mai et septembre 2017 :
  - 27 publiques ou assimilées (secteur non lucratif et hôpitaux d’instruction des armées – HIA) dont 19 dans des établissements de plus de 200 lits,
  - 21 privées dont neuf dans des établissements de plus de 200 lits ;
- une équipe a abandonné très vite par changement des conditions et manque de ressources ;
- une équipe n’a pas pu être évaluée, n’étant pas prête, trop en retard.

L’évaluation a porté sur l’analyse des productions de chaque équipe telles qu’elles sont rapportées sur la plateforme Pacte de la HAS, doublée d’un entretien téléphonique semi-directif de 45 minutes avec chaque facilitateur/binôme et séparément avec le facilitateur quand il était externe à l’équipe.

Le tableau brut de données analysé est un tableau disjonctif complet (une seule réponse par question, pas de réponse absente) croisant les établissements engagés dans PACTE en ligne, et les résultats en colonnes des variables retenues pour l’évaluation et listées dans le tableau 1.

L'analyse a recherché les corrélations entre la variable décrivant le jugement global sur le résultat de Pacte (succès, demi-succès, décevant) et chacune des autres variables testées (taille et type d'établissement, taille d'équipe, stabilité des binômes, facilité à utiliser chaque outil, etc. (tableau 1)).

D'un point de vue traitement statistique, nous travaillons sur un tableau de contingence dans le cas de petits échantillons. En effectuant les totaux par ligne et par colonne de ce tableau de contingence, la probabilité, sous hypothèse d'indépendance, d'observer une valeur significative dans le tableau de contingence est le produit des factoriels des totaux par ligne et colonne, divisé par le produit du factoriel de l'effectif total et des factoriels des effectifs des cases du tableau de contingence. La p-valeur du test bilatéral est la somme des probabilités des cas de figures où la distance du  $\chi^2$  serait supérieure ou égale à la distance du  $\chi^2$  observée.

## **DESCRIPTIF des ÉQUIPES et des THÉMATIQUES**

### **Conditions générales d'engagement**

L'engagement dans Pacte relève majoritairement d'une démarche plutôt descendante (sans concertation préalable avec le personnel du service) que celui-ci soit porté par un réseau qualité (pour 36 équipes), par la direction (pour 11 équipes) en particulier dans les petites structures et les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) ou de façon marginale par des médecins (deux équipes).

Dans 14 cas (29 %), l'établissement ou le service était en situation de crise sévère (financière, conflits chroniques entre médecins/cadres dirigeants, restructurations).

Les directions des établissements ont été très majoritairement en soutien de la démarche (c'était en théorie un prérequis à l'engagement). Notons un seul cas où une direction a limité autoritairement le temps à consacrer à la démarche des séances de CRM.

### **Taille de l'équipe**

- 14,5 % des équipes sont inférieures à 20 personnes (toutes dans des petites structures privées, la plus petite proche de 10) ;
- 55,5 % des équipes sont entre 20 et 40 personnes ;
- 31 % ont plus de 40 personnes (la plus grande étant proche de 120).

### **L'équipe d'accompagnement, facilitateur /binôme**

Le facilitateur/coacher a été majoritairement interne à l'établissement (88 %). Cinq établissements avaient fait le choix d'un facilitateur dépendant d'une SRA, et un établissement celui d'un facilitateur privé.

Les binômes les plus fréquents étaient formés de cadre-médecin (68 %), mais des binômes cadre-directeur ou cadre-RAQ (23 %) ont été trouvés assez fréquemment dans les petites structures, et des binômes purement médicaux (9 %), notamment – mais pas uniquement – dans les HIA.

Dans deux cas, le facilitateur était aussi binôme, cette situation n'étant pas recommandée dans le programme.

Dans 37,5 % des cas, un ou plusieurs membre(s) de l'équipe facilitateur-binôme a (ont) changé ou s'est (se sont) absenté(s) sur une longue période (grossesse) pendant les 18 mois écoulés.

### **L'équipe engagée, son choix de thème**

L'équipe engagée est sectorielle dans 66 % des cas (un seul service), transversale dans 34 % (engageant plusieurs services dans une logique de parcours).

Deux équipes n'avaient pas de thème a priori et attendaient tout du CRM santé.

Le tableau n°2 décrit les différentes familles de thèmes d'engagement.

## L'engagement des médecins

Hormis quelques équipes où les médecins étaient binômes et moteurs (particulièrement le modèle HIA et certains chefs de service du public), les médecins ont été dans l'ensemble plutôt passifs (67 %).

## RESULTATS GLOBAUX

Globalement, les résultats des 48 équipes peuvent être classés en trois catégories :

- succès : dans 37,5% des équipes, les résultats sont positifs à la fois pour la communication, la coopération, l'ambiance et la satisfaction au travail (domaines souvent évalués subjectivement, sans indicateurs) et aussi plus précisément pour la cible visée dans le plan d'actions : amélioration de la prise en charge (PEC) des personnes âgées, efficacité des parcours, meilleure gestion des urgences, etc. Ces résultats sont obtenus à l'aide de suivi d'indicateurs spécifiques propres à chaque équipe ;
- demi-succès : dans 52 % des équipes, les résultats sont positifs pour la communication, la coopération, l'ambiance et la satisfaction au travail, mais les cibles visées spécifiquement dans le plan d'actions ont peu ou pas évolué, ont trop peu de recul d'action, souvent ne sont pas encore suivies par des indicateurs dédiés, et se diluent dans le temps et dans leur réalisation ;
- décevant : dans 10,5 % des équipes aucun résultat n'est acquis, ni sur l'ambiance, ni sur le fond, et quand il y en a, ils ne sont pas rapportés au bénéfice de Pacte. Le CRM Santé a pu être ponctuellement apprécié, mais la méthode globale est jugée trop lourde et trop chronophage.

## Résultats détaillés

Quatre résultats sont statistiquement significatifs et corrélés à l'échec ou au succès de la démarche (Tableau 3) :

- le choix et l'utilisation d'indicateurs spécifiques corrélés au succès de la démarche Pacte (p-valeur=0,005) ;
- la volonté de repartir et d'engager une autre équipe dans Pacte corrélée au succès de la démarche Pacte (p-valeur<0,001) ;
- un état de crise au départ de la démarche (financier, conflits, restructurations) est corrélé à un plus grand risque d'échec de la démarche Pacte (p-valeur=0,008) ;
- un rejet des résultats du questionnaire de culture de sécurité, quels qu'ils soient, et une absence de réutilisation de ces résultats dans la démarche Pacte corrélé à un plus grand risque d'échec de la démarche (p-valeur=0,016).

Pour toutes les autres variables explicatives, on n'observe pas de résultats significatifs :

- « Projet sectoriel ou transversal » a une p-valeur de 1 ;
- « Taille en nombre de lits » a une p-valeur de 1 ;
- « Facilitateur externe Vs Interne » a une p-valeur de 0,696 ;
- « Binôme ou facilitateur remplacé en cours de PACTE » a une p-valeur de 0,546 ;
- « Taille équipe » a une p-valeur de 0,351 ;
- « Vécu positif/négatif du CRM » a une p-valeur de 0,171 ;
- « Projet de départ pas clair » a une p-valeur de 0,167 ;
- « Type binôme » a une p-valeur de 0,145.

## Les opinions des accompagnants

68,5 % des facilitateurs se déclarent satisfaits de leur engagement dans Pacte mais avec une surcharge de travail importante pour 57 % de ces personnes. 29,5 % n'ont pas d'opinion tranchée. Un seul facilitateur regrette d'avoir fait la démarche.

60,5 % membres des binômes se déclarent satisfaits de leur engagement dans Pacte, là encore avec une surcharge de travail pour 38 % qui réduisait un peu l'enthousiasme.

Mais, on note 39,5 % d'opinions négatives de binômes qui se sont dits franchement dépassés et en difficulté par le suivi dans le temps de Pacte.



Le tableau 4 indique les opinions subjectives des facilitateurs et binômes que les éléments les plus perturbants pour la réussite de la démarche.

## **ÉVALUATION DES OUTILS**

### **Le questionnaire de culture de sécurité**

Cet outil, réalisé en tout début de programme a été jugé utile et contributif par 45 % des équipes.

Toutefois, 32 % des équipes n'ont pas exploité le questionnaire, soit parce que la démarche a déjà été réalisée dans d'autres circonstances (jusqu'à quatre fois en deux ans pour certaines équipes d'Aquitaine), soit en raison d'un désaccord avec les résultats, les formes interrogatives des questions, mal comprises par le personnel, étant accusées d'avoir faussé les résultats.

Une dernière partie des insatisfaits tient à l'absence de recul vis-à-vis de la méthode, notamment son application à des cohortes de moins de 15 voire dix personnes, ou des analyses avec des taux de réponses inférieurs à 60 %.

### **Le CRM Santé**

#### ***Sa pratique***

Le CRM Santé a été confié à une personne extérieure à l'établissement dans 54 % des cas, le plus souvent issue des SRA & réseaux qualité divers, mobilisant au total 11 intervenants de ces organismes, dont certains ont fait jusqu'à neuf séances dans différents sites souvent aidés localement par le RAQ. On note aussi une appropriation assez forte par les RAQ locaux, puisque le CRM Santé a été réalisé par 20 intervenants locaux.

Au total, ce sont donc 31 intervenants différents qui ont pratiqué le CRM Santé. Globalement, aucune difficulté particulière n'a été remontée dans la méthode, sinon l'absence de kit spécialisé en psychiatrie (encore en développement).

Dans un cas, l'intervenant CRM Santé sollicité (entreprise privée) n'a pas utilisé le modèle proposé, mais son modèle a repris les séquences principales (séquence sur l'attente entre professions notamment).

#### ***Le vécu et les résultats***

Le CRM Santé a été plébiscité comme outil révélant les difficultés de fonctionnement d'équipe par 77 % des équipes.

Dans certains cas, cependant, et malgré un résultat contributif, une ou plusieurs séances ont été jugées difficiles, soit par le fait de personnalité(s) forte(s) perturbant la séance, soit par le fait de conflits révélés, émotionnels, particulièrement des difficultés dans des conditions où le cadre était seul face à toute l'équipe.

### **Les axes et plans d'action retenus**

Dans 22 % des cas, les équipes se sont retrouvées en difficulté et ont abandonné les idées de départ (par exemple, l'amélioration des sondages urinaires), parce que d'autres problématiques ont surgi avec le diagnostic, sans lien avec la problématique de départ. De ce fait, une certaine incompréhension a été parfois ressentie dans les actions à mener.

Les plans d'actions ont été co-construits avec les professionnels dans 48 % des cas à travers des groupes de travail. Dans les autres cas, ce sont les facilitateurs et binômes qui ont construit le plan d'actions et l'ont présenté ou soumis aux professionnels.

Le plan d'actions contient en moyenne 5,2 recommandations. Mais deux sont bien plus petits (deux recommandations) et plus de cinq ont plus de 15 recommandations.

Les plans d'actions dépassant huit recommandations sont tous associés à des évaluations moins bonnes du succès de Pacte.

## Indicateurs

Seules 29 % des équipes ont identifié des indicateurs associés à leur plan d'action. 33 % ont des indicateurs très généraux et peu spécifiques, et 38 % n'ont aucun indicateur et se fient à leur sensation.

## Matrice de maturité

26 % des équipes ont utilisé la matrice sans difficulté particulière et avec une grande satisfaction et des bénéfices ressentis. 58 % ne l'ont pas utilisée et 16 % sans conviction.

## Utilisation des plateformes et ressources proposées par la HAS

Seules 28 % des équipes ont utilisé la plateforme et téléchargé applications et outils.

Les équipes ont besoin de rappels et d'explications « orales » pour s'approprier la démarche ; cela s'explique notamment par le fait que certains outils en cours de finalisation n'ont pas été présentés aux équipes.

## Volonté de repartir dans un nouveau projet Pacte

68,9 % des équipes se disent prêtes à imaginer repartir dans leur établissement sur un autre projet Pacte, mais 27 % d'entre elles n'imaginent cette solution que si le projet est dimensionné pour les facilitateurs et binômes en termes de temps disponibles.

Parmi ceux qui n'imaginent pas Pacte sur une autre équipe de leur établissement, 14,6 % des équipes disent vouloir réutiliser des morceaux (voire elles ont déjà commencé à le faire), surtout le CRM Santé, dans d'autres équipes, mais sans le reste du projet Pacte (tableau 5).

## DISCUSSION

On rappellera d'abord que la priorité de la phase pilote de Pacte était de mesurer l'acceptabilité, la faisabilité de la démarche et l'impact sur le travail collectif, qui sont des variables intermédiaires connues pour agir sur la sécurité du patient, mais ne sont pas des mesures de la sécurité en elles-mêmes. À ce stade, et avec le recul limité, il était encore irréaliste de mesurer un impact direct sur la sécurité du patient.

On retiendra le résultat global en demi-teinte, avec un constat très positif sur l'impact de Pacte sur les variables intermédiaires de coopération, communication et satisfaction au travail, mais avec un impact plus contrasté sur les cibles du plan d'action. Le temps de déroulement de l'étude est sans doute un vecteur important pour lire les résultats, car beaucoup d'équipes (38 sur 48) avouent avoir passé beaucoup (trop) de temps sur le diagnostic et l'élaboration du plan d'actions (12 mois au lieu de six recommandés par la HAS) et avoir peu de recul sur la mise en jeu de ce plan d'actions (six mois voire beaucoup moins). Point positif expliquant les résultats immédiats sur l'ambiance : les outils de diagnostic, le questionnaire culture de sécurité et, surtout, le CRM sont connus pour être par eux-mêmes (par la participation collective à leur élaboration) des leviers de changement général des comportements, ce qui expliquerait qu'on ait effectivement un résultat à ce niveau (ambiance, attitudes), mais pas encore de résultats dans la déclinaison du plan d'action spécifique sur le thème choisi (trop récent pour la plupart).

Ceci expliquerait aussi que la majorité des équipes n'aient pas jugé utile de développer des indicateurs spécifiques : le fait que l'ambiance soit meilleure – que les 'tensions baissent' – était, pour beaucoup, suffisant.

Inversement, le choix d'indicateurs plus précis, mais forcément plus chronophages à identifier et à déployer, a fait peur à beaucoup.

Certaines équipes ont même ressenti le besoin de 'souffler' entre la définition du plan d'action et sa mise en route, laissant passer un trimestre ou plus sans aucune action spécifique sur PACTE pour gérer d'autres priorités du moment, ce qui peut expliquer aussi le sentiment fréquent de dilution de l'action, voire d'oubli du projet, rapporté par les acteurs de terrain.



Pour résumer, le diagnostic a passionné, mais la mise en route du plan d'action, un an après le diagnostic, est restée difficile pour beaucoup. Les troupes se sont souvent un peu démobilisées. Les indicateurs étaient surtout à charge du RAQ et du binôme, ces personnes ressources étant moins motivées dans cette période de relâche et de creux des 18 mois de l'étude (beaucoup disent qu'ils vont s'y remettre à la rentrée).

Cette faiblesse des indicateurs a globalement une autre conséquence très négative.

Le dispositif Pacte n'est globalement pas ou peu évalué par des indicateurs quantitatifs.

Et on doit admettre qu'il ne pourra pas l'être pour ces 50 équipes puisqu'on a très peu de mesures à To et presque pas après.

Concernant le questionnaire « culture sécurité », le constat n'est pas spécifique à Pacte, c'est un constat partagé lié notamment à l'acculturation nécessaire des professionnels. Pour autant, si on garde le questionnaire comme imposé en début d'étude, il faudrait sans doute mettre plus de conditions à son emploi : attention aux répétitions à moins de quelques mois, et aux limites de taille des équipes et aux taux de réponses trop bas.

Au total, cette étude « pilote » nous conforte sur la nécessité de bien former les référents de l'équipe aux facteurs humains et organisationnels. L'enjeu reste d'accompagner le changement, en particulier les comportements ; on sait que cela prend du temps, et ne peut réussir que dans un contexte favorable soutenu par la direction.

En fait, les outils qui n'ont pas été présentés aux séances de formation de la HAS (Saed, Matrice, etc.) sont jugés difficiles à importer sans l'aide humaine directe, sans doute parce qu'il faut faire un effort plus grand pour se les approprier.

## CONCLUSION

La phase « pilote » de Pacte sur 50 équipes montre deux faces devant maintenant guider la généralisation du processus : d'un côté, la phase de diagnostic, très guidée, qui est massivement plébiscitée, et suffit en elle-même par des outils comme le CRM Santé pour changer des attitudes, ouvrir le dialogue, améliorer la coopération. D'un autre côté, la phase de mise en œuvre du plan d'actions, et de sa mesure sur la/les cible(s) spécifique(s) du fonctionnement d'équipe à améliorer, paraît plus chaotique, plus exigeante en matière d'investissement personnel et local, facilement diluée dans le temps et moins guidée. Beaucoup d'équipes, débordées par les tâches parallèles accumulées ont délaissé, retardé ou simplifié presque à outrance cette partie pourtant essentielle, en considérant que ce qui avait été fait dans le diagnostic était déjà un résultat. C'est d'autant plus vrai que des conditions de succès n'étaient pas réunies : projet de service peu clair, trop grande équipe, instabilité des accompagnateurs.

La lecture de ces résultats encourage nettement à généraliser Pacte, puisque le bénéfice est massif, mais en mettant des conditions encore plus claires d'entrée dans la démarche ainsi que dans son accompagnement et son évaluation.

L'enjeu reste une généralisation du dispositif à l'horizon 2018/2019. La décision et le format définitif du dispositif relèvent du collège de la HAS, sur la base de ce retour d'expérience et d'éléments de faisabilité plus généraux propres au déploiement d'un dispositif national (ressources, modalités pratiques de suivi et de couplage avec la certification).

## Références

- Neily J., Mills P., Lee P., Carney B., West P., Percapio K. Mazzia L., Paull D., Bagian J. Medical team training and coaching in the veterans health administration; assessment and impact on the first 32 facilities in the programme *Qual Saf Health Care* 2010;19:360-364
- Neily J., Mills P., Young-Xu Y., Carney, B., West P., Berger D., Mazzia D., Paull D., Bagian J. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality, *JAMA*. 2010;304(15):1693-1700
- Occeli P., QuenonJ-L., Kret M., Domecq S., Delaperche F., Claverie O. et al Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire *International Journal for Quality in Health Care* 2013; Volume 25, Number 4: pp. 459–468
- Marlow S., Hughes A., Sonesh S., Gregory M., Lacerenza C., Benishek L., Woods A., Hernandez C., Eduardo Salas S. A Systematic Review of Team Training in Health Care: Ten Questions *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 43, no. 4 (April 1, 2017): 197–204.
- Rabøl I., Østergaard D., Mogensen T. Outcomes of classroom-based team training interventions for multiprofessional hospital staff. A systematic review *Qual Saf Health Care* 2010;19:1-11
- Salas E., DiazGranados D., Klein C., Burke C., Stagl K., Goodwin G., Halpin S., Does team Training Improve Team Performance ? a meta analysis, *Human factors*, 2008, 50, 903
- Young-Xu Y, Neily J, Mills PD, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Morbidity. *Arch Surg*. 2011 déc 1;146(12):1368–73

## Figures et tableaux

Tableau 1 : questions retenues pour l'évaluation de Pacte

- Qui a initié Pacte dans l'établissement ?
- Quelle équipe engagée dans Pacte (sectorielle ou transversale, taille, composition) ?
- Quel thème d'engagement au départ ?
- Existait-il un contexte de tension/crise importante dans l'établissement /équipe ?
- Quid de la stabilité du facilitateur et du binôme pendant le projet ?
- Avis du facilitateur sur Pacte à titre personnel (temps requis, difficultés, plaisir) ?
- Avis du binôme sur Pacte (temps requis, difficultés, plaisir) ?
- Apport du Questionnaire culture de sécurité ?
- Apport du CRM santé : qui a fait le CRM ? Principaux résultats ?
- Apport de la matrice de maturité : pratique ? résultat ?
- Choix des thèmes retenus et du plan d'action de Pacte ?
- Indicateurs retenus ?
- Utilisation de la plateforme Pacte ?
- Avis global (succès, demi-succès, décevant) ?
- Envisagez-vous Pacte pour une autre de vos équipes ?
- Quels conseils donner à une autre équipe pour un engagement dans Pacte ?

Tableau 2 : Sujets d'amélioration retenus par les équipes

- admission, triage et accueil patient (4) ;
- dynamique de sortie, décharge du patient (4) ;
- gestion des urgences, activité bloc, obstétrique et autres services (4) ;
- parcours d'un service à un autre, services, urgences et imagerie (7) ;
- prescription médicamenteuse (6) ;
- prise en charge de la personne âgée, personne fragile, fin de vie, personne non communicante (6) ;
- prise en charge spécifique, maternité, chirurgie infantile, psychiatrique (6) ;
- communications, coordination, transmissions entre soignants (4) ;
- prise en charge ambulatoire (1) ;
- intégration nouveaux territoires/ nouvelles activités dans le service (HAD, services) (3).

Tableau 3 : Impact des facteurs sur la difficulté de la conduite de la démarche

### Pas d'impact sur la démarche

- **type et taille de l'établissement ;**
- **facilitateur externe ou interne à l'établissement, intervenant interne ou externe pour le CRM Santé ;**
- **engagement initial par la direction, le RAQ ou le corps médical ;**
- **équipe sectorielle ou transversale (parcours) ;**
- **support de la direction (toutes étaient en support sauf une).**

### Facilite la conduite de la démarche

- clarté du projet cible au départ ;
- stabilité du trinôme : facilitateur externe au service et binôme dans le service ;
- choix précoce dans la démarche d'indicateurs spécifiques pour évaluer les progrès.

### Complicque la conduite de la démarche

- une non exploitation ou un rejet des résultats du questionnaire de culture de sécurité ;
- un état de crise au départ (crise financière, humaine, conflits, fusion en cours) ;
- l'absence d'élaboration d'indicateurs spécifiques, voire l'absence d'indicateurs tout court ;
- une grande taille d'équipe.

Tableau 4 : Conditions jugées comme essentielles à la réussite de Pacte par les facilitateurs et binômes (dans l'ordre de fréquence citée)

- disponibilité du temps pour les binômes et le facilitateur : 35 % ;
- capacité à engager tout le monde dans l'équipe, et à expliquer et réexpliquer : 32 % ;
- engagement de la direction et du corps médical : 32 % ;
- stabilité du binôme et des facilitateurs : 28 % ;
- choisir des cibles claires, compréhensives, peu nombreuses et simples : 25 %.

Tableau 5 : Volonté d'engager une autre équipe dans le futur dans le projet Pacte

<b>Oui sans réserve sur le même protocole avec la HAS</b>	<b>41,6 %</b>
<b>Oui mais avec des précautions sur le choix équipe et la disponibilité et stabilité facilitateur/binôme</b>	<b>27,1 %</b>
<b>Oui mais sans la HAS et en n'utilisant que le CRM</b>	<b>14,6 %</b>
<b>Non, trop difficile</b>	<b>16,7 %</b>

## Remerciements

Ce projet d'expérimentation a été lancé et soutenu par la Haute Autorité de Santé, dans le service Mission Sécurité du Patient (MSP) par Laetitia MAY-MICHELANGELI, chef de service, René AMALBERTI, conseiller médical en sécurité des soins et par Yasmine SAMI, chef de projet, avec Marième ANNE, assistante pour son aide à la gestion du projet. La plateforme informatique Pacte a été développée en interne grâce à Antony COUE, chef de projet à l'unité d'application, soutenu par Gersende Georg, chef de service des systèmes d'Information, Assistance aux utilisateurs et Logistique.

Merci à Thomas Le LUDEC et Catherine GRENIER, successivement en charge de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) de la HAS pour leur soutien et portage du projet.

Merci à tous les membres des équipes et notamment aux binômes référents et les facilitateurs pour leur implication et soutien auprès des membres de leurs équipes respectives. Ces équipes volontaires malgré les contraintes du projet ont été de véritables partenaires de la HAS et ont contribué à la réingénierie du programme.

Merci également aux structures régionales d'appui qui ont accompagnées certains établissements et qui depuis la phase expérimentale nous ont soutenus.

Merci également à Michèle BELLLOT, chargée de mission pour la Haute Autorité de Santé, pour sa contribution à la réalisation de ce rapport.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)