

Evaluer et diffuser la culture securite



« GROUPE DE TRAVAIL EVALUER ET DIFFUSER LA CULTURE SÉCURITÉ »

PRESENTATION POUR LA JOURNEE REGIONALE DU RESEAU QUALIRIS

DU 14 DÉCEMBRE 2017

2

PRÉSENTATION ORALE DES MEMBRES

-
- Pilote du groupe : Amélie BOISSEAU, adjointe de direction en charge de la qualité
 - Membres :
 - Paulette MANGA, directrice d'EHPAD
 - Jérémy LE DREVO, responsable qualité
 - Malaisy BEAMONTE, responsable qualité
 - Florence BRUNESSEAU, responsable qualité
 - Véronique DELMEAU, responsable qualité
 - Myriam LAGHOUAG, cadre supérieur de santé
 - Isabelle RUNGE, docteur coordonnateur GDR

3

SOMMAIRE

- Proposition de note d'orientation stratégique à l'attention des directeurs d'établissement
- Boite à outils
- Tableau d'évaluation des pratiques mises en place

4

NOTE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

La première étape a été l'élaboration de la note d'orientation stratégique, avec pour but de **sensibiliser les directeurs d'établissement**, en particulier pour le secteur médico-social.

Cette note se base sur **les ressources internes de l'établissement représentatives et actrices de la culture sécurité**. L'objectif est de faire prendre conscience que la prise de risque est **indissociable** de l'activité humaine.

En effet, la **sécurité** passe par la **déclaration** et **l'acceptation** de la survenue d'évènements indésirables.

Ainsi, il est essentiel de s'engager dans **une approche pédagogique** de la culture sécurité, Chaque professionnel est **acteur clé et responsable** pour valoriser et garantir une **prise en charge** de la qualité pour les usagers.

Au final, nous pouvons dire que la culture sécurité est **commune à tous les métiers**, chacun étant un **maillon indispensable** pour l'amélioration continue des soins et la prise en charge des usagers.

[Lien vers la note d'orientation stratégique](#)



5

BOITE A OUTILS

IL EST A NOTER QUE LA LISTE DE CES OUTILS N'EST PAS EXHAUSTIVE

- Note d'orientation stratégique ,
- Charte d'incitation à la déclaration (format linéaire de plusieurs pages, format « 10 points clés »...),
- Note d'information sur le signalement des événements indésirables,
- Procédure de gestion des FEI,
- Un référent qualité identifié par secteur,
- Logiciels de gestion,
- Outils de communication écrite : affiches, flyers, journal trimestriel/mensuel,
- Communication orale : réunions de service, restitution orale mensuelle



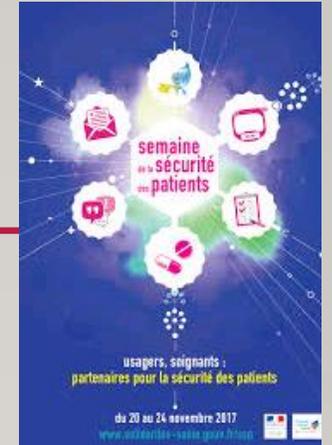
6

BOITE A OUTILS

- Opération annuelle de sensibilisation : semaine nationale de la sécurité des patients,
- Formations et sensibilisation des professionnels : utilisation d'outils pédagogiques (jeux de l'oie, jeux de cartes EI, quizz...),
- Diffusion des indicateurs qualité dans les services,
- Audit de "mesure de la culture sécurité",
- Diffusion de vidéos sur la thématique « sécurité » :

<https://www.youtube.com/watch?v=-gNT9dNf04k&t=15s>

<https://www.youtube.com/watch?v=dpJSFccSqTw&t=4s>



7

EXEMPLES D’AFFICHES

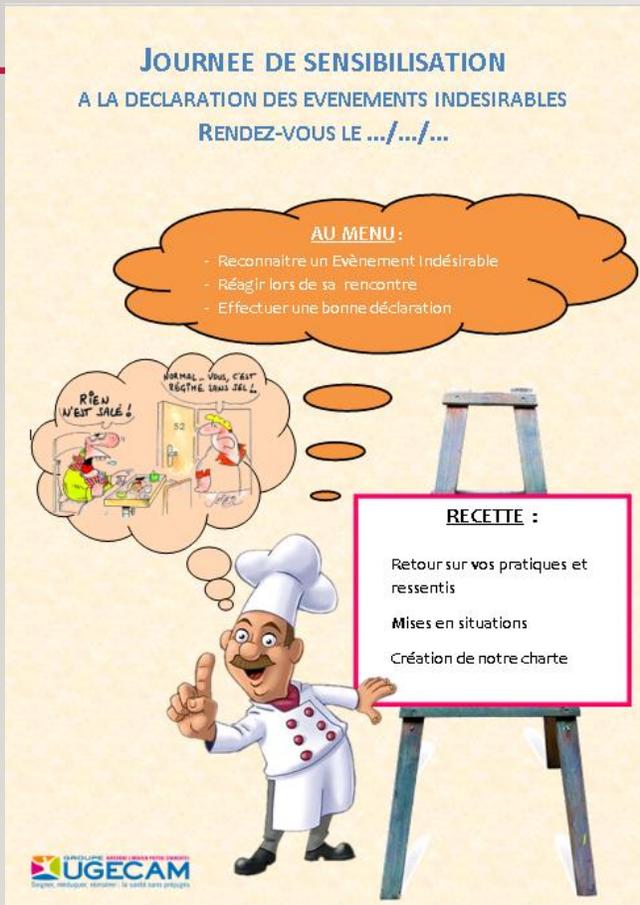
**JOURNEE DE SENSIBILISATION
A LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES
RENDEZ-VOUS LE .../.../...**

AU MENU :

- Reconnaître un Evènement Indésirable
- Réagir lors de sa rencontre
- Effectuer une bonne déclaration

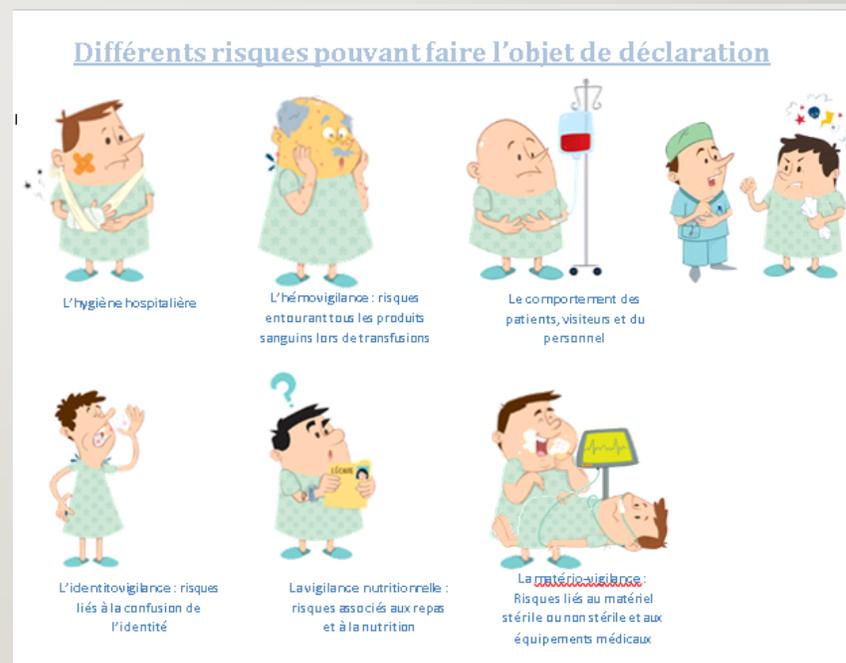
RECETTE :

- Retour sur vos pratiques et ressentis
- Mises en situations
- Création de notre charte



Logos: UGECAM (Union Générale des Établissements de Soins de Santé) and the text 'Santé - Sécurité - Qualité - Service'.

Différents risques pouvant faire l'objet de déclaration



- L'hygiène hospitalière
- L'hémovigilance : risques entourant tous les produits sanguins lors de transfusions
- Le comportement des patients, visiteurs et du personnel
- L'identité : risques liés à la confusion de l'identité
- La vigilance nutritionnelle : risques associés aux repas et à la nutrition
- La prévention : Risques liés au matériel stérile ou non stérile et aux équipements médicaux

8

JOURNAUX MENSUELS OU TRIMESTRIELS

Année 1, numéro 8
Février 2017

L'Hospitalet • à Montoire sur le Loir

Flash QUALITE INFOS DE L'HOSPITALET Num 8

Ce journal est à votre disposition, n'hésitez pas à nous faire part de toute remarque ou suggestion. Pour cela, merci de bien vouloir contacter la RAQ au 1216.

Des notions clés pour la certification V2014

Toujours dans le cadre de la démarche de certification, il est essentiel que vous soyez informés de ses avancées et de son progrès.

Planification

Un processus par thématique a été réalisé par chaque pilote. Sont valorisés les actions qui gravitent autour du patient, les actions principales observées sous forme de mots clés et les ressources qui nous servent pour faire fonctionner notre dynamique actuelle.

Une fois ces éléments réunis, un audit doit être réalisé.

Préférentiellement appelé « évaluation interne », cet audit est similaire à une évaluation, avec une grille et des informations à renseigner. L'objectif de cet audit est de faire mettre des points à valoir et à améliorer. Un plan d'actions sera mis en place à l'issue de cet audit, en lien avec les risques identifiés dans notre cartographie des risques.

De plus en plus, d'hôpitaux seront utilisés et publiés pour améliorer ensemble le travail accompli au quotidien, mais également pour suivre notre amélioration dans la prise en charge quotidienne.

Calendrier prévisionnel de suivi de la certification

Le mois de mars est consacré à la réalisation des audits sur chaque processus. Les processus non encore réalisés doivent également être faits.

Le mois d'avril est réservé à la validation des actions prévues pour améliorer nos pratiques. Les différents plans d'actions seront validés au Comité de pilotage SDR.

Le mois de mai sera pleinement consacré au remplissage du compte-rendu qui devra être transmis à la Haute Autorité de Santé au plus tard, le 31 mai.

cf. annexe -> carte SDR



9

EXEMPLES D'OUTILS LUDIQUES

événements indésirables graves liés aux soins (EIG)
jeu de l'oie

Règle du jeu

- Le jeu se joue avec deux dés.
- Les flèches rouges et vertes vous indiquent le numéro de la case où vous devez vous rendre.
- Le gagnant est le premier qui atteint la case 40 (Sortie).
- La case 24, la mort du patient, vous élimine.
- La case 20, chambre d'isolement, représente la prison.
- Les actions ou attentes sont indiquées sur les cases.
- Si une flèche renvoie sur une autre case, les consignes s'appliquent. **Exemple** : la case 26 renvoie en 19, appliquez la consigne et passez un tour.

10

EVALUER LES PRATIQUES

Etapes	Outils utilisés	Périodicité/validité	Existant (1pt)	Diffusé (1pt)	Période de validité ok (1pt)	Révision effectuée (1pt)	Note finale
P	Projet	5 ans					
	Plan blanc/plan bleu	Blanc: 5 ans Bleu: 1 an					
	Politique Qualité et gestion des risques	3 ans					
	Note d'orientation stratégique	5 ans					
	Organigramme	En continu					
	Plan de	En continu					
	Plan de formation	1 an ou pluri-annuel					
	Plan d'actions	1 an					
	Indicateurs	1 an					
	Procédures	5 ans					
D	Logiciels de gestion	En continu					
	Charte d'incitation à la déclaration	4 ans					
	Affiches/flyers	Trimestrielle/mensuelle/annuelle					
	Attestations de	En continu					
	Journal d'informations/flash infos	Trimestrielle/mensuelle/annuelle					
	Semaine de la sécurité du patient	1 an					
	Plan d'actions	1 an					
	Vidéos animées	1 an					
	Accueil du nouvel	3 ans					
	Indicateurs	1 an					
C	Plan d'actions	1 an					
	Patients traceurs	Trimestrielle/mensuelle/annuelle					
	Audit sur la mesure de la culture sécurité	1 an à 3 ans					
	Restitution auprès des équipes						
A	Plan de	En continu					
	Indicateurs	1 an					
	Plan d'actions	1 an					
	Référent qualité de terrain	En fonction des possibilités					
	EPP	En continu					

- ➔ Proposition de mettre en place un calendrier prévisionnel pour chaque étape en PDCA,
- ➔ Elaboration d'une grille d'évaluation sous forme PDCA pour auditer le niveau de maturité « qualité » de l'établissement.
- ➔ Chaque item de la grille est adaptable en fonction de l'établissement .
- ➔ **Objectif** : Auto-évaluation de l'établissement de mesurer son niveau de maturité en terme de culture sécurité.



EVALUER LES PRATIQUES

- **BUT:** Evaluer le degré de maturité de la démarche "culture sécurité" au sein d'un établissement :
- -1 point à chaque étape si, l'étape est réalisée. Si elle ne l'est pas, la note est de 0.

Notes finales obtenues:

- - 1/4 (entre 0 et 25%) : Une seule des étapes est réalisée, elle est identifiée mais non mise en œuvre
- - 2/4 (entre 25 et 50%): Des actions sont prévues mais n'ont pas encore abouti et n'ont pas été évaluées
- - 3/4(entre 50 et 75%) : Une organisation est en place, mais tout ne s'est pas encore réalisé et n'a pas été systématiquement évaluée
- - 4/4 (entre 75 et 100%) : Niveau de maturité atteint (PDCA réalisé) et les actions sont à maintenir

12

Merci pour votre attention

Avez-vous des interrogations?



13

OBJECTIF 2018 :

➔ ETAPE 2 de ce même groupe de travail : axé uniquement sur l'évaluation des actions en lien avec la démarche qualité mise en place.