

“ Les premiers enseignements  
de la campagne nationale de  
mesure de la culture de sécurité  
des soins ”

2023

# Les intervenants



**Emmanuel SEHIER**  
Président  
**FORAP**



**Dr Laetitia MAY-  
MICHELANGELI**  
Chef du service  
Evaluation et outils pour la  
qualité et la sécurité des soins  
**Haute Autorité de Santé**



**Caroline BIZET**  
Cheffe de projet  
Mission Qualité et Pertinence  
**Direction Générale de l'Offre  
de Soins**



**Véronique GARCIA**  
Co-référent du projet Culture  
de Sécurité en ES  
**FORAP**



**Sandra GENEVOIS**  
Co-référent du projet Culture  
de Sécurité en ES  
**FORAP**

*Modérateur*  
**Noémie TERRIEN**  
Vice-président partenariat  
**FORAP**



# Programme



**Introduction**



**Les premiers résultats**



**17 h 30**

**Zoom sur certains résultats de l'enquête : des solutions à disposition**



**Accompagnements en région**



**19 h 00**

**Questions / réponses**

# Quelques points pratiques



**Possibilité de poser vos questions et commentaires sur le tchat de YouTube** (*attention nécessité d'être identifié*)

**Temps de questions / réponses dédié**

## Modérateurs du Tchat

- CEPPRAAL

**Des liens et ressources communiqués au fil du webinaire**



**disponible sur la chaîne YouTube de la FORAP dans les suites du webinaire**



# Introduction



**Emmanuel SEHIER**

Président  
**FORAP**



**Caroline BIZET**

Cheffe de projet  
Mission Qualité et Pertinence  
**Direction Générale de l'Offre de Soins**



**Dr Laetitia MAY-  
MICHELANGELI**

Chef du service  
Evaluation et outils pour la qualité  
et la sécurité des soins  
**Haute Autorité de Santé**



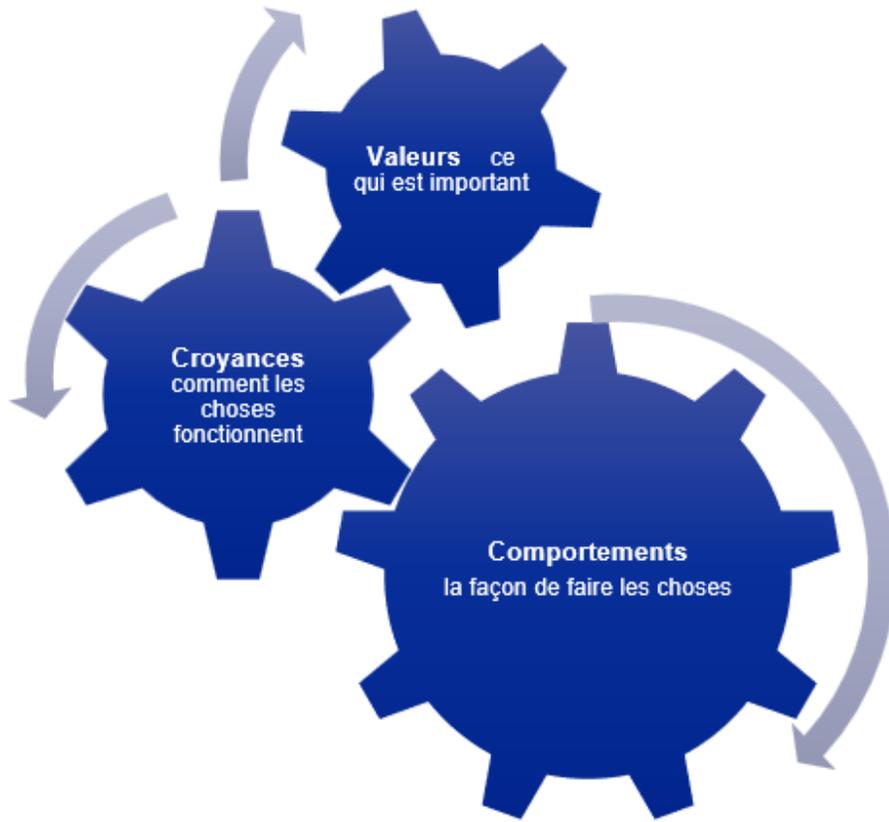
# Les premiers résultats



**Véronique GARCIA et Sandra GENEVOIS**  
Co-référentes du projet Culture de Sécurité en ES  
**FORAP**



# Qu'est-ce que la culture de sécurité ?



① Ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité

+

② Partagées et transmises par un groupe ou une organisation

⇒ Éléments **indispensables** et **indissociables** pour parler de culture de sécurité

Référence : Guide concept à la pratique HAS  
*European Society for Quality in Health Care [ESQH]*



**La culture de sécurité participe ainsi aux performances des organisations de santé en leur permettant d'être informées, fiables, sûres, résilientes et apprenantes.**

# Contexte de la campagne

- **1<sup>ère</sup> campagne nationale HAS-FORAP**
- Proposée à l'ensemble des établissements sanitaires, à l'échelle de collectifs de travail
- Recueil du **1<sup>er</sup> mai au 30 juin 2023**
- Utilisation de la plateforme Eforap pour l'enregistrement des questionnaires et la génération d'un rapport de résultats/collectif

# Contexte de la campagne

- Plusieurs modèles de culture sécurité peuvent coexister au sein d'un établissement et influencer le niveau de culture de sécurité des professionnels
- Il était conseillé pour cette campagne de réaliser la mesure de la culture de sécurité sur des **collectifs de travail** clairement identifiés



**Groupe de professionnels appartenant au même établissement, qui a en commun la prise charge des patients d'une spécialité ou d'un parcours défini, dont les membres ont nécessairement besoin de communiquer, de coopérer et de s'alerter pour assurer le fonctionnement en faveur de la prise en charge du patient**

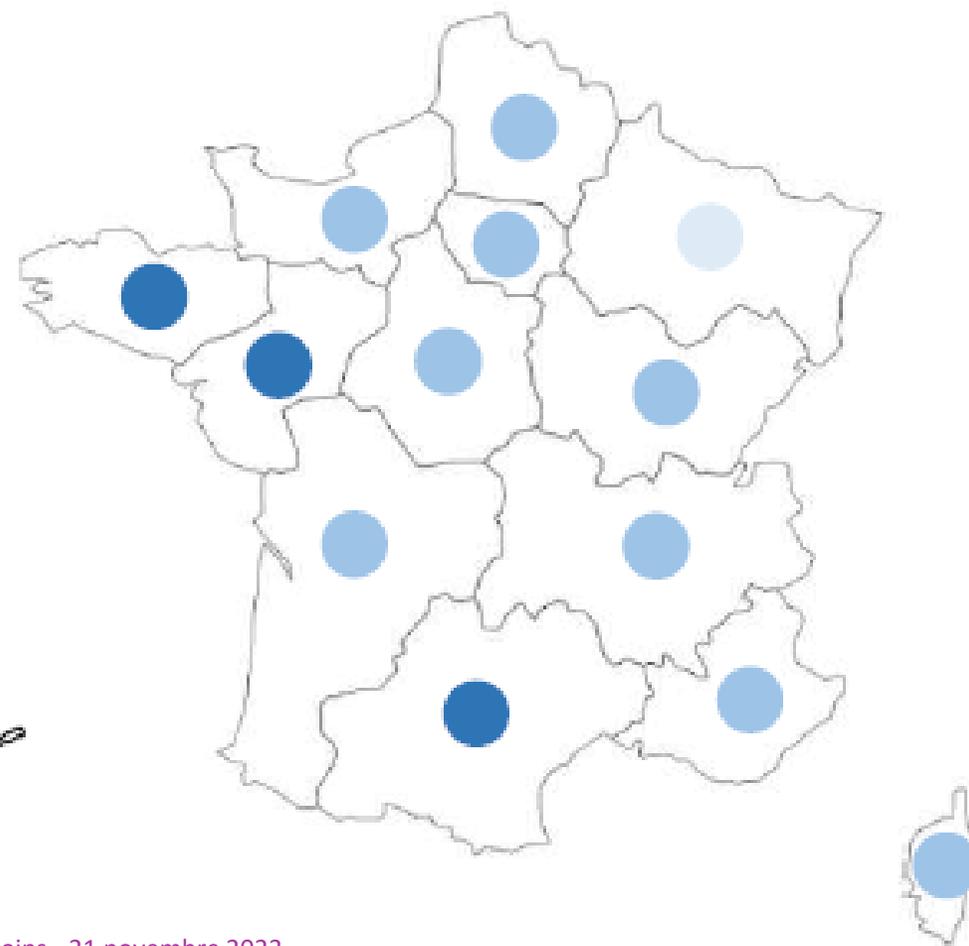
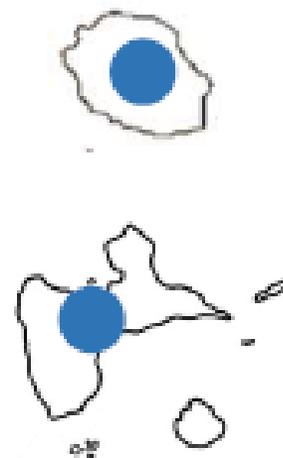
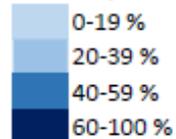
## Le questionnaire utilisé

- Questionnaire *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).
- **Traduit, testé et validé par le CCECQA**
- Révisé en 2022 par un groupe de travail de la FORAP : adaptation du vocabulaire / aux pratiques actuelles, sans modifier le sens original des items ni impacter le calcul des dimensions

# Une mobilisation importante

Répartition du **taux de participation des ES** (n = 2285)

Taux de participation



# Une mobilisation importante

661 établissements

1842 mesures

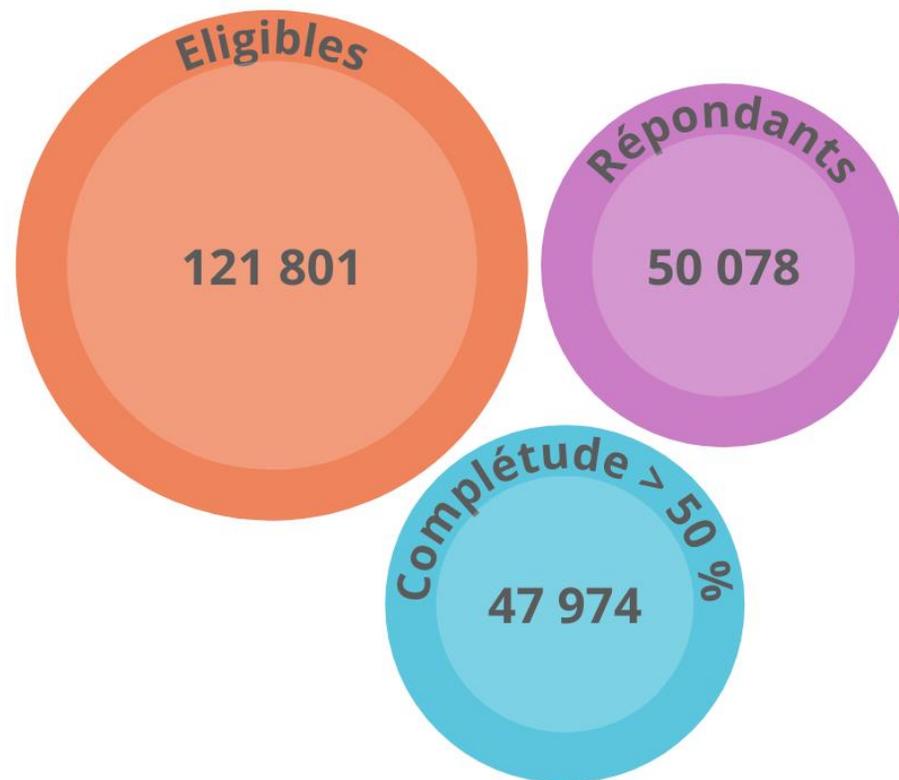
Echelle ?

319 établissements

1523 collectifs de travail

<b>Etablissements privés 338</b>	<b>Etablissements publics 200</b>
	<b>ESPIC 123</b>

# Une mobilisation importante



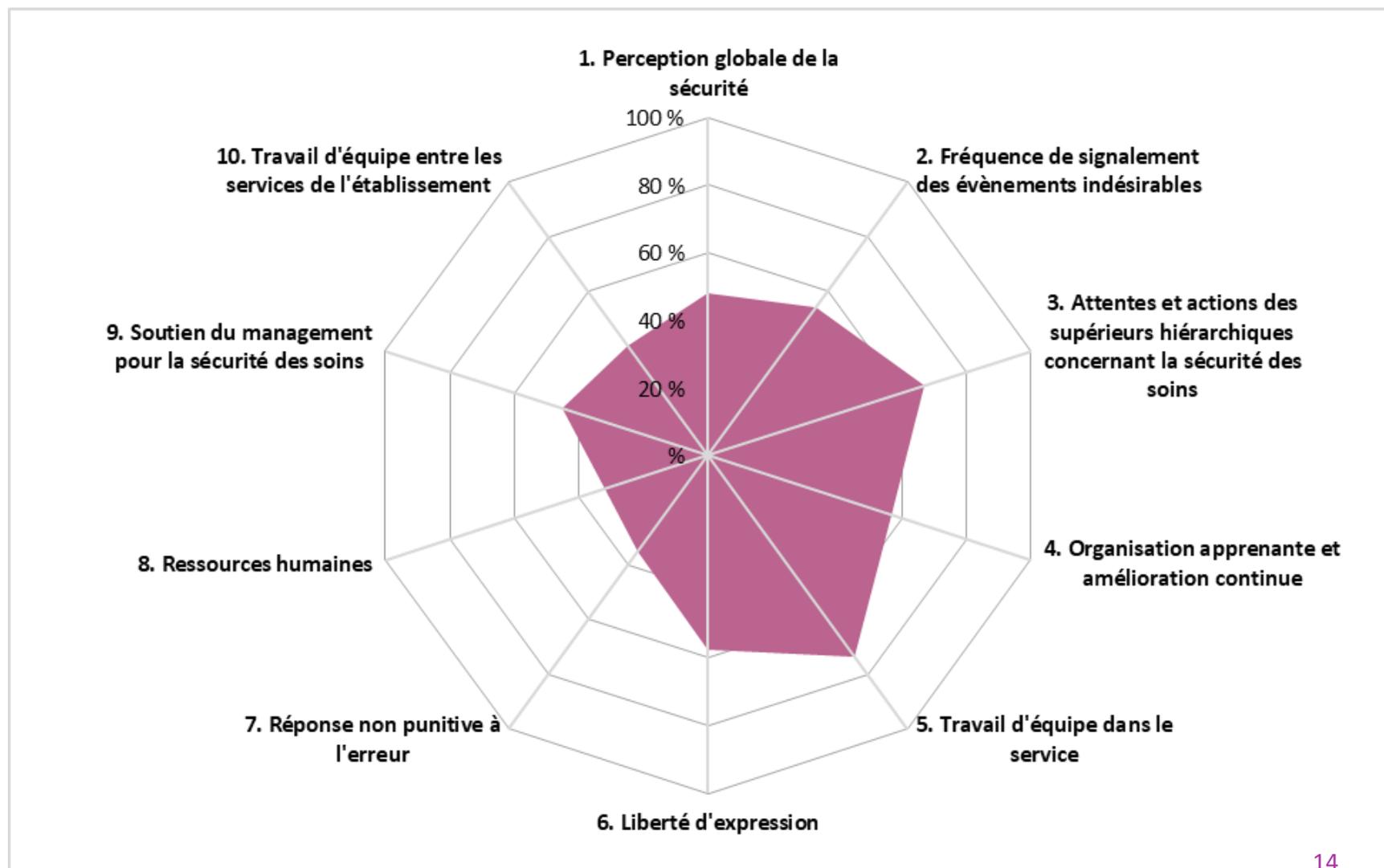
---

<b>Paramédicale</b>	<b>33 803</b>
<b>Médicale</b>	<b>4 590</b>
<b>Sans indication</b>	<b>3 432</b>
<b>Administrative</b>	<b>3 052</b>
<b>Logistique / technique</b>	<b>2 195</b>
<b>Autre</b>	<b>1 773</b>
<b>Educative et psychosociale</b>	<b>1 233</b>

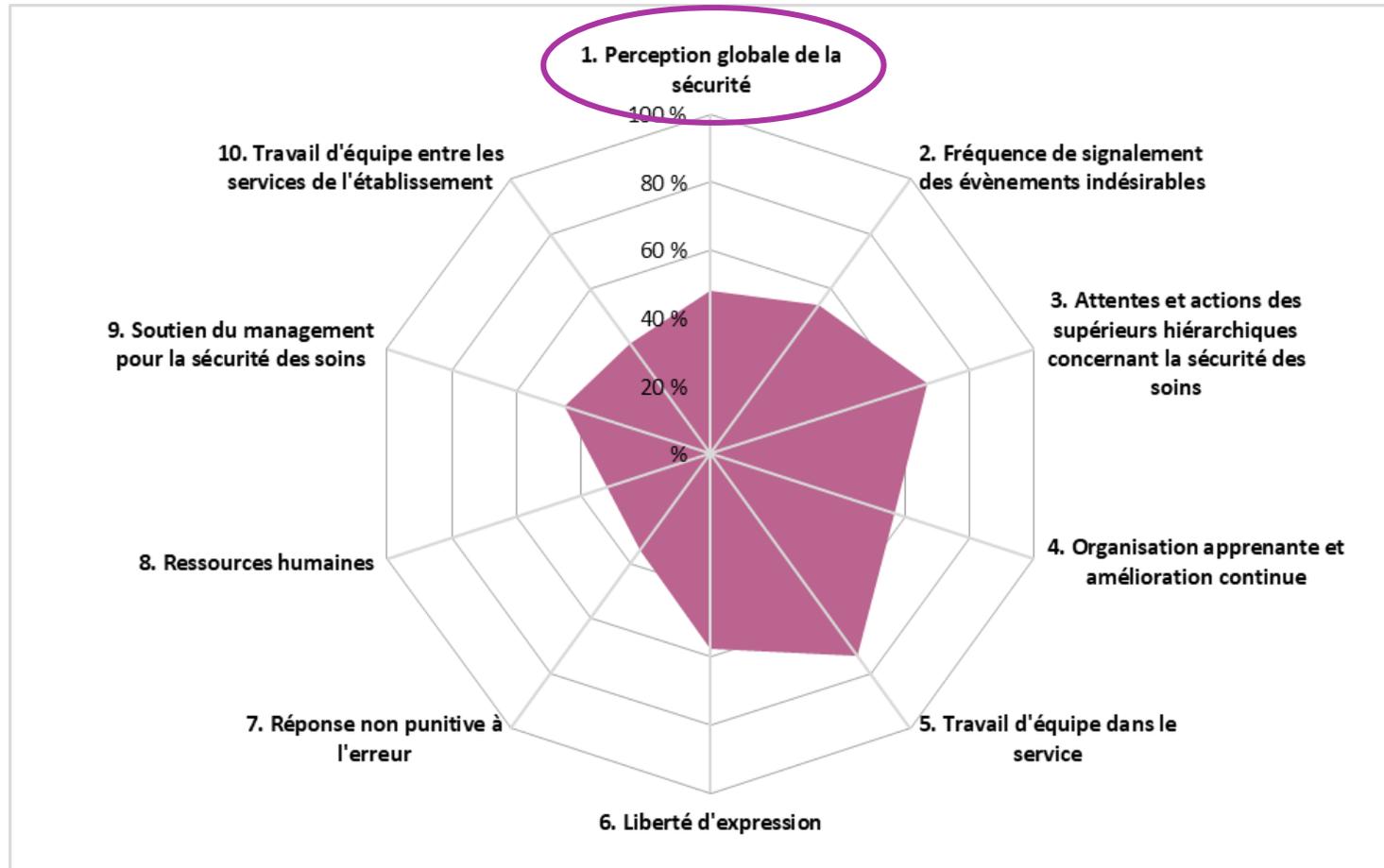
---

# Scores moyens des 10 dimensions

**Score  $\leq 50\%$**  : une dimension avec un fort potentiel d'amélioration  
**Score  $\geq 75\%$**  : une dimension développée



# Scores moyens des 10 dimensions

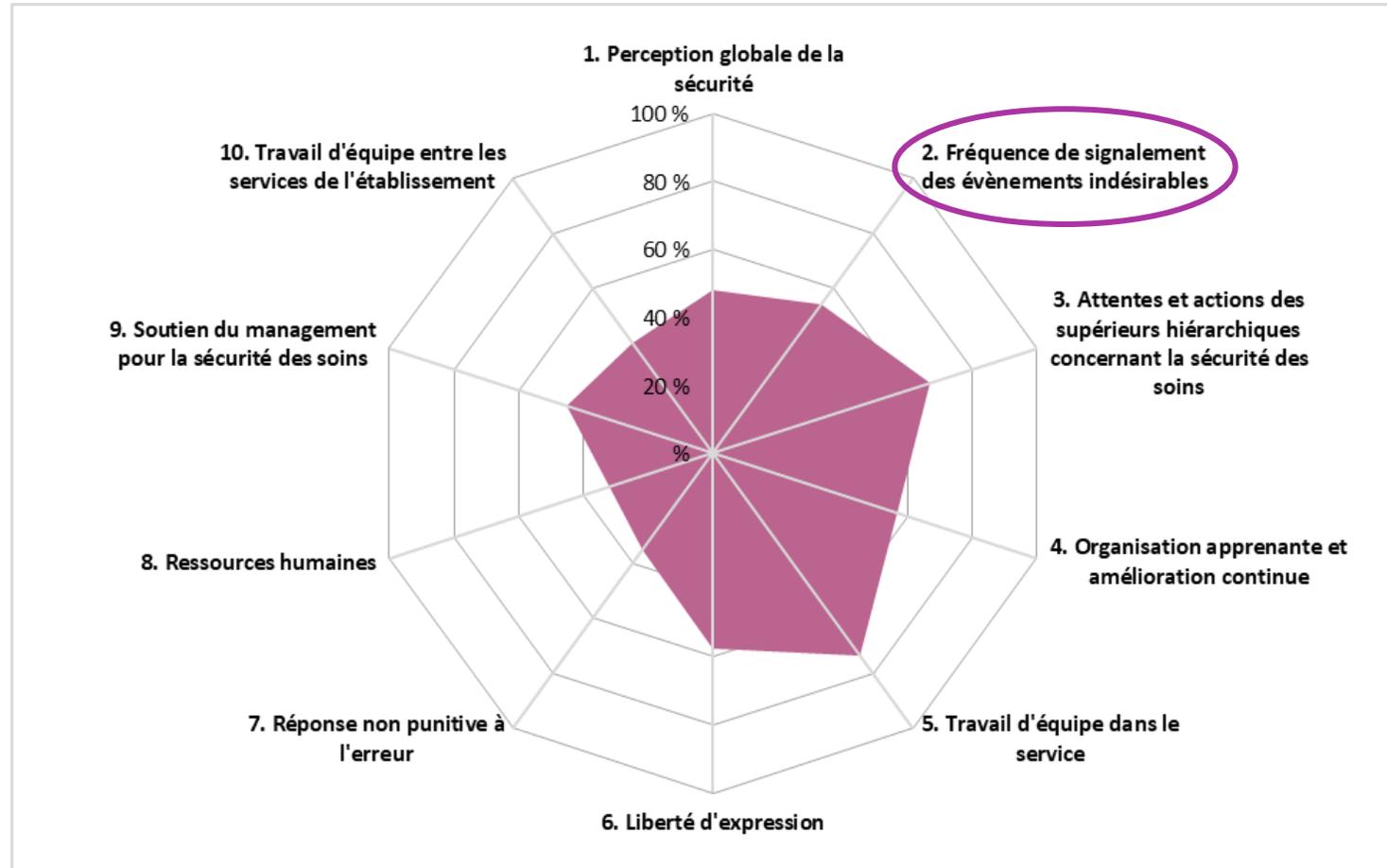


## Dimension 1 : Perception globale de la sécurité

La **sécurité des soins n'est jamais négligée** au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs, et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service.

**48 %**

# Scores moyens des 10 dimensions



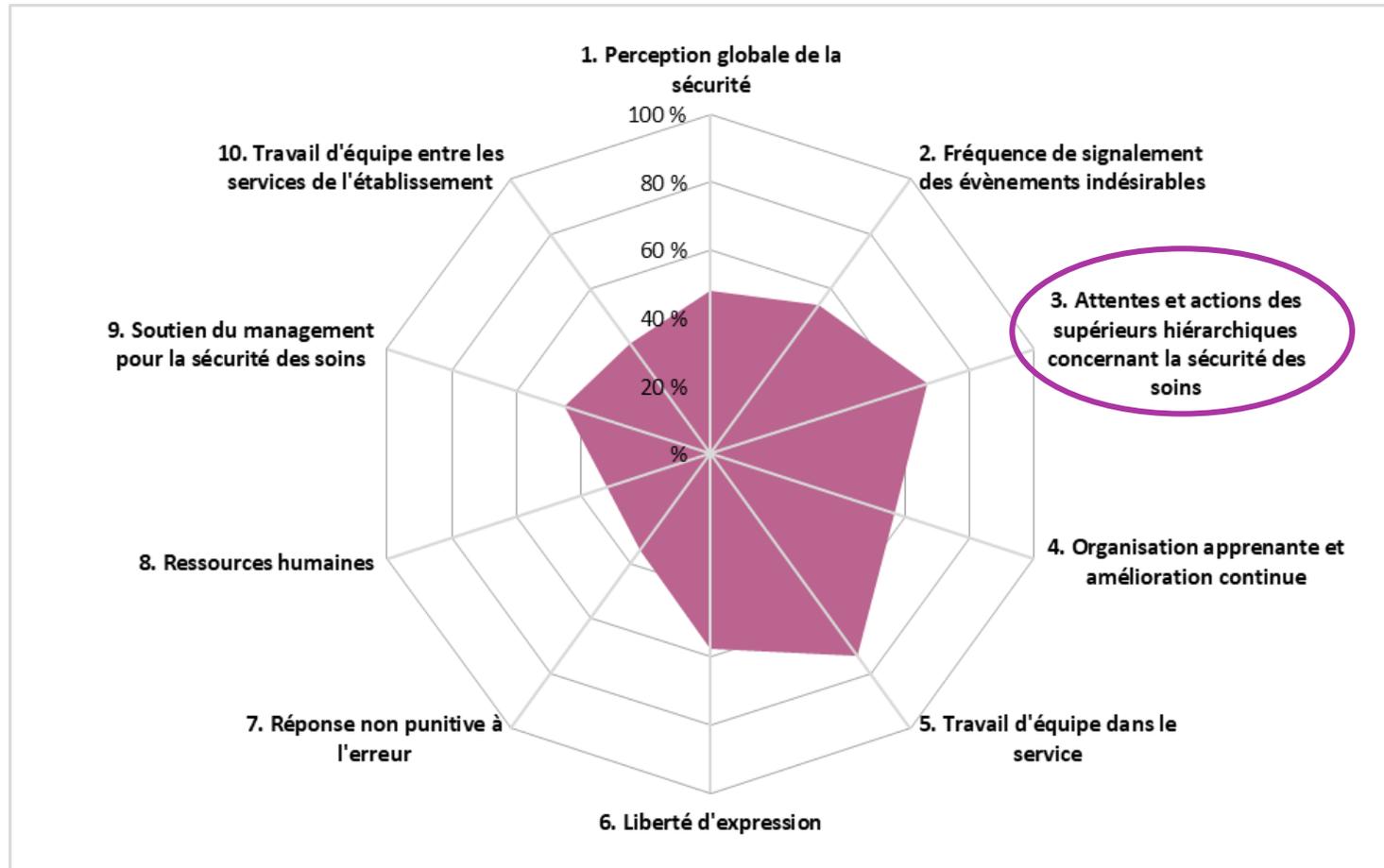
## Dimension 2 : Fréquence de signalement des événements indésirables

Les erreurs suivantes sont signalées :

- 1) les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient,
- 2) les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient, et
- 3) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.

**52 %**

# Scores moyens des 10 dimensions

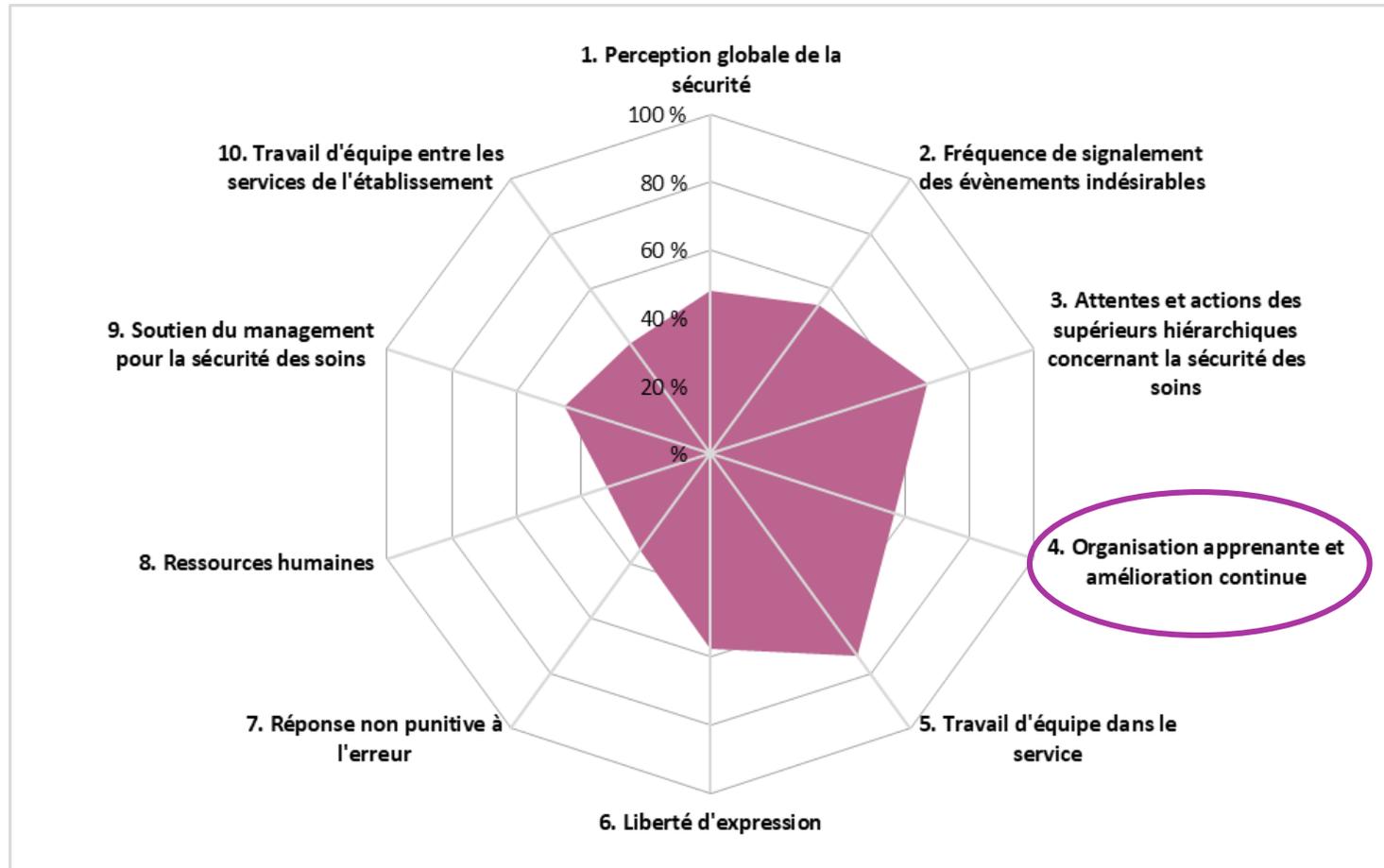


## Dimension 3 : Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins

Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins.

67 %

# Scores moyens des 10 dimensions

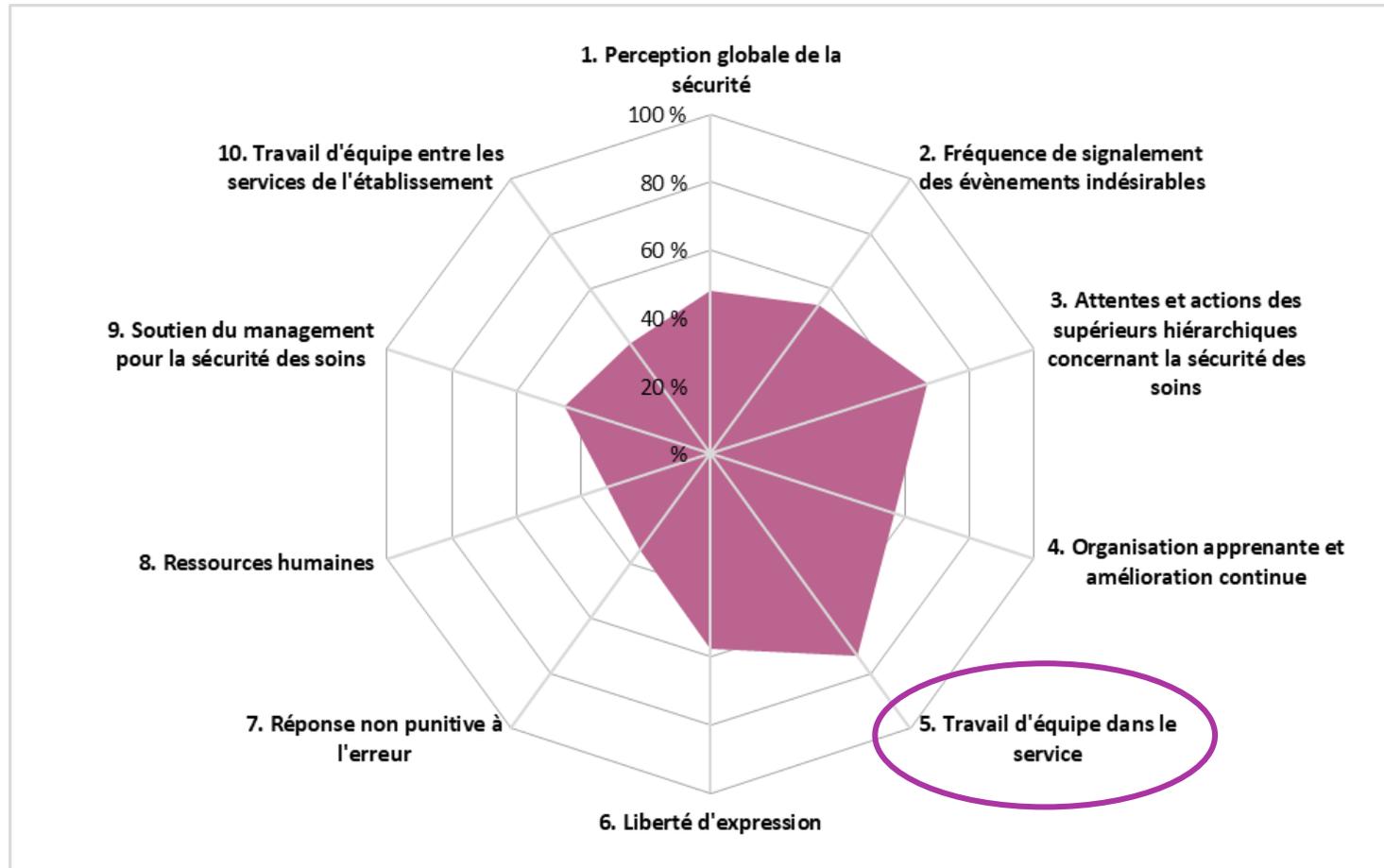


## Dimension 4 : Organisation apprenante et amélioration continue

Dans le service, le **personnel est informé des erreurs survenues**, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. **Les erreurs conduisent à des changements positifs et l'efficacité de ces changements est évaluée.**

57 %

# Scores moyens des 10 dimensions

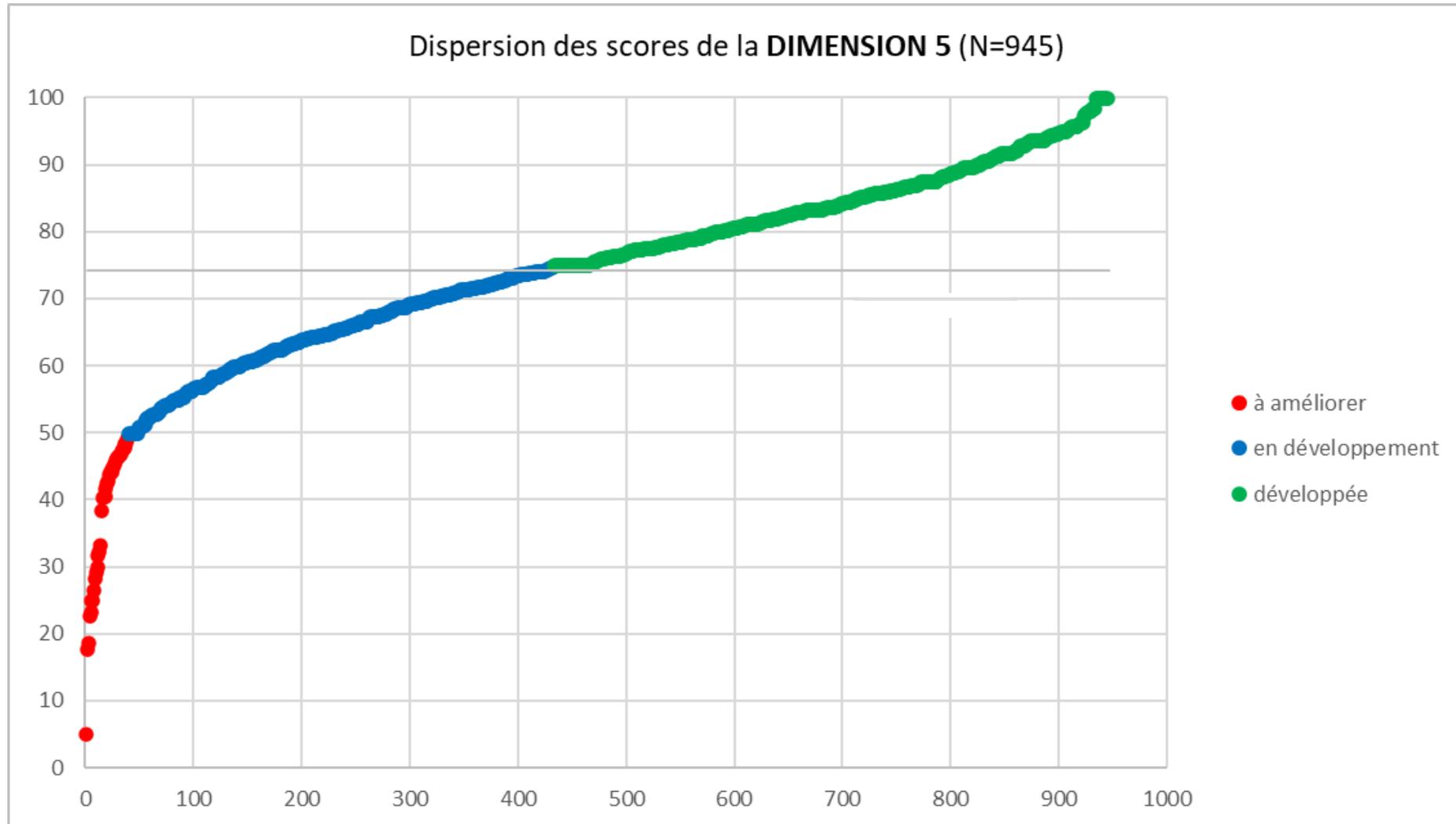


## Dimension 5 : Travail d'équipe dans le service

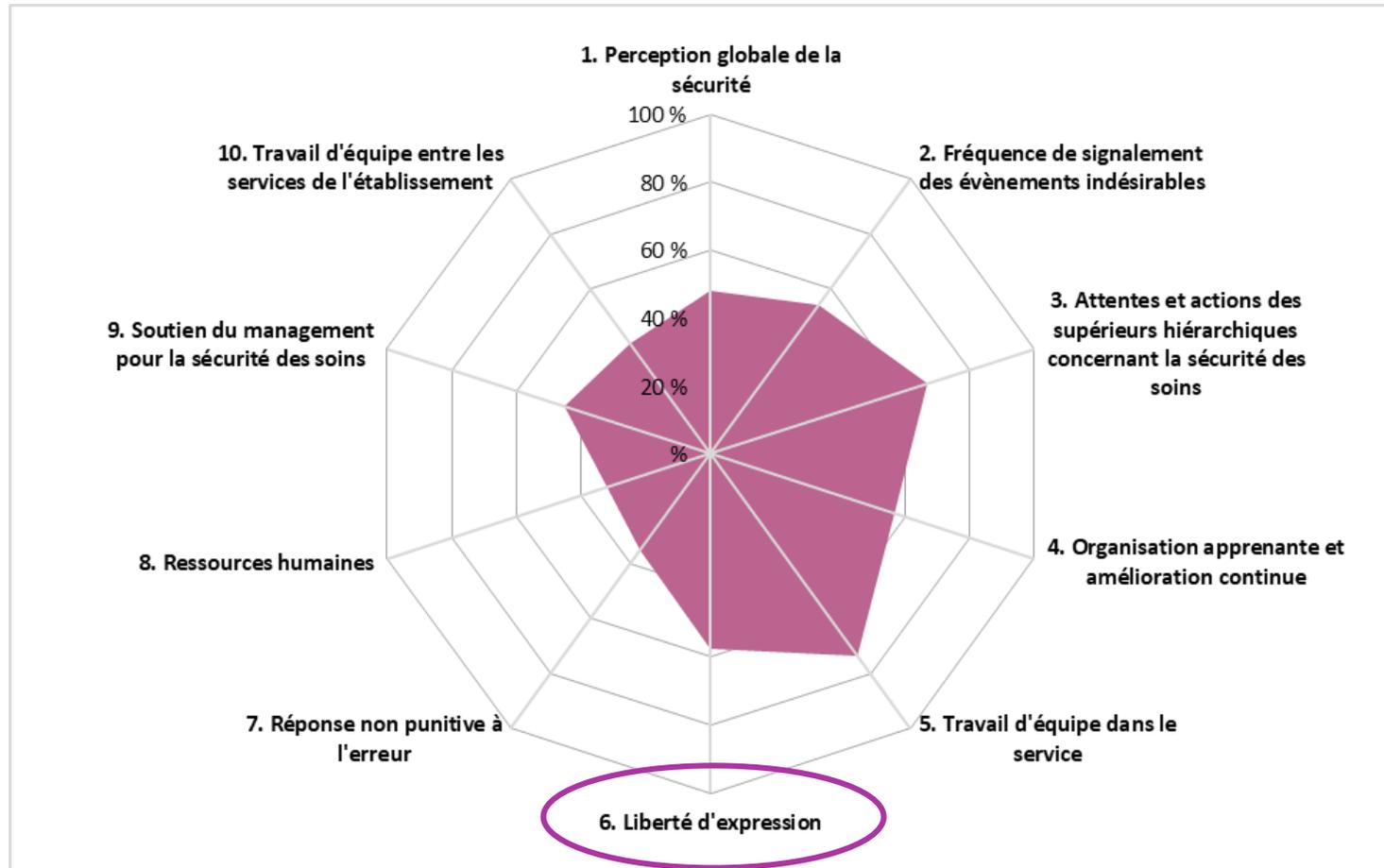
Dans le service, les personnels se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.

**73 %**

# Travail d'équipe dans le service



# Scores moyens des 10 dimensions

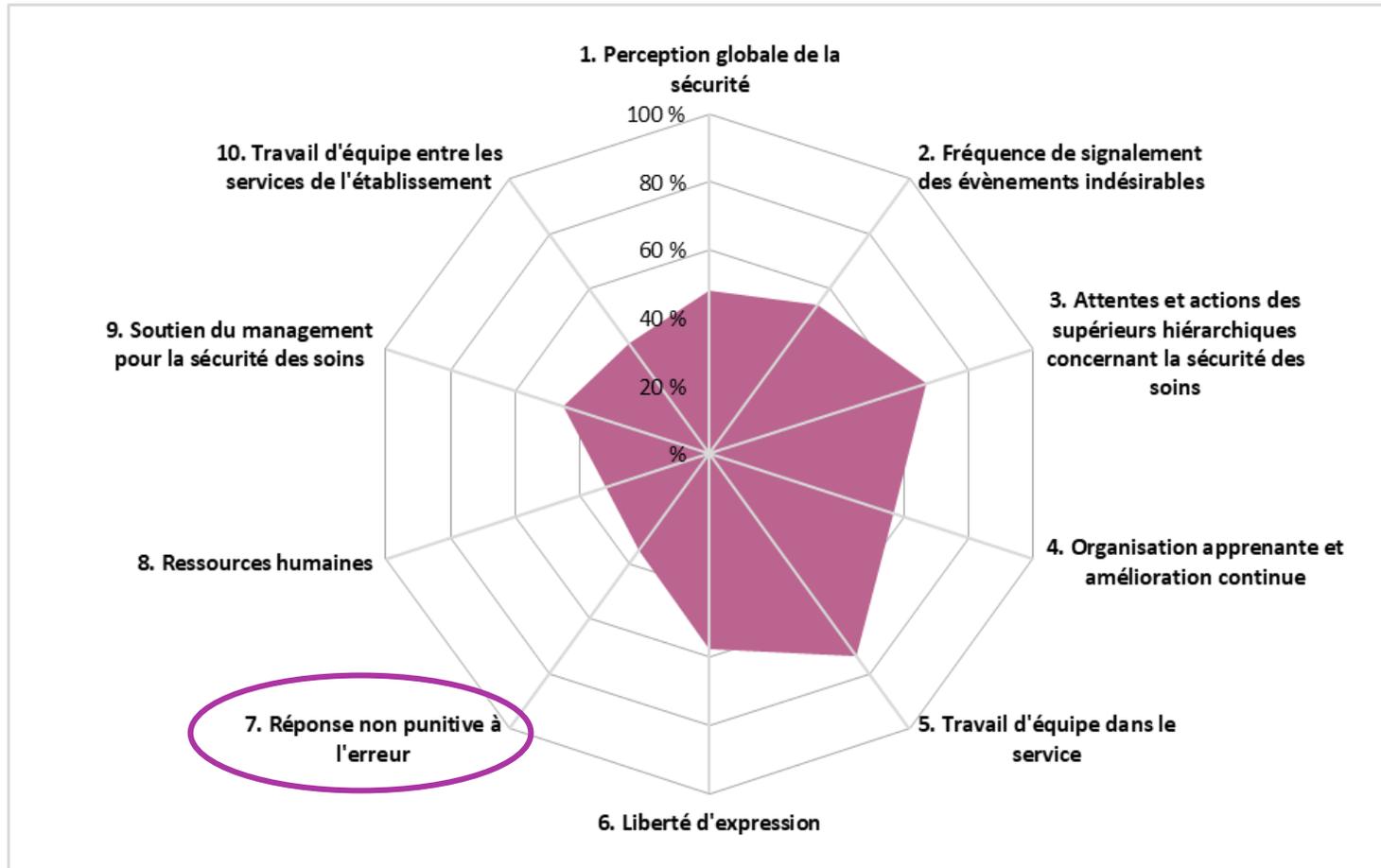


**Dimension 6 : Liberté d'expression**

**Le personnel s'exprime librement** s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.

**57 %**

# Scores moyens des 10 dimensions

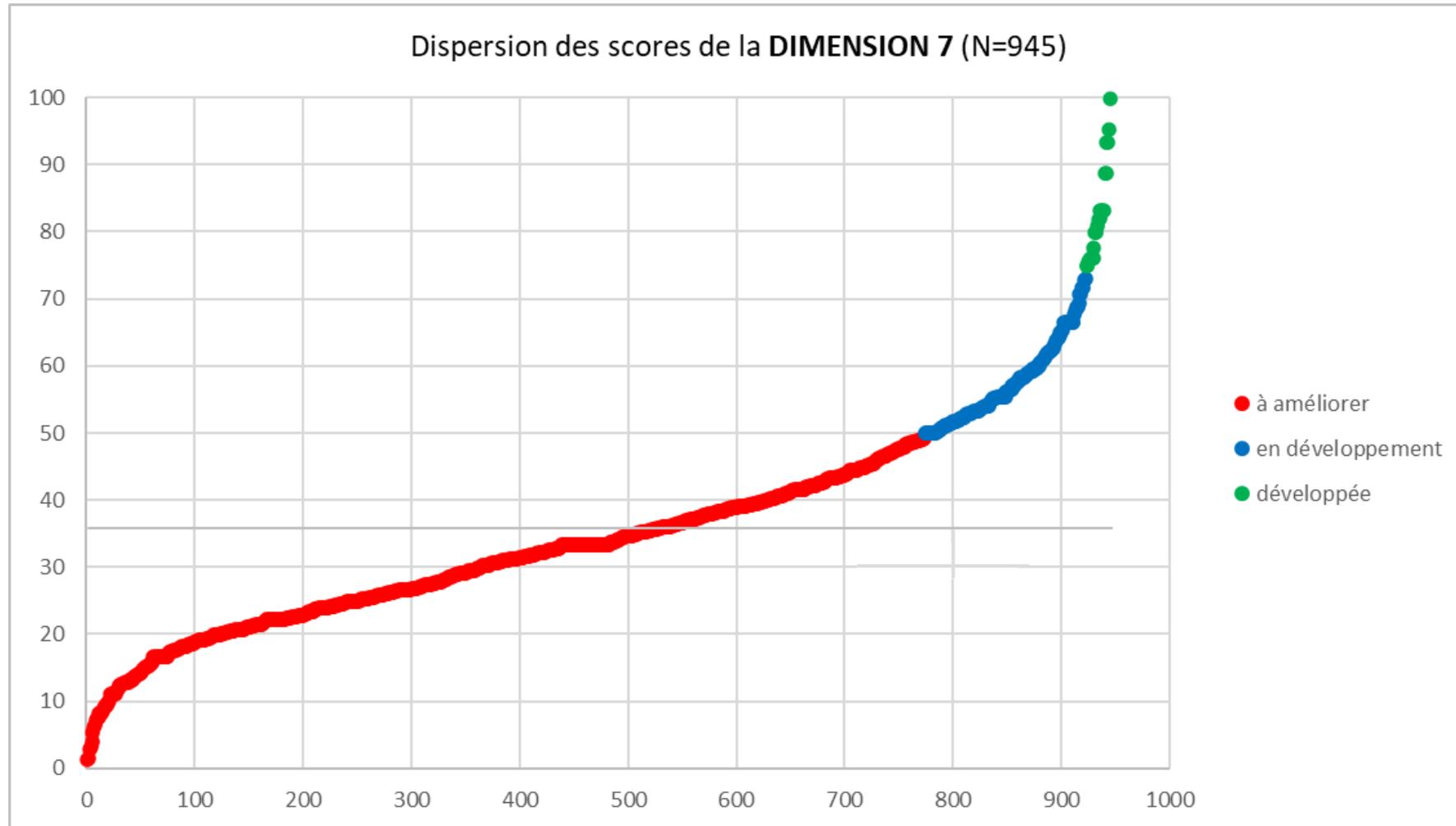


## Dimension 7 : Réponse non punitive à l'erreur

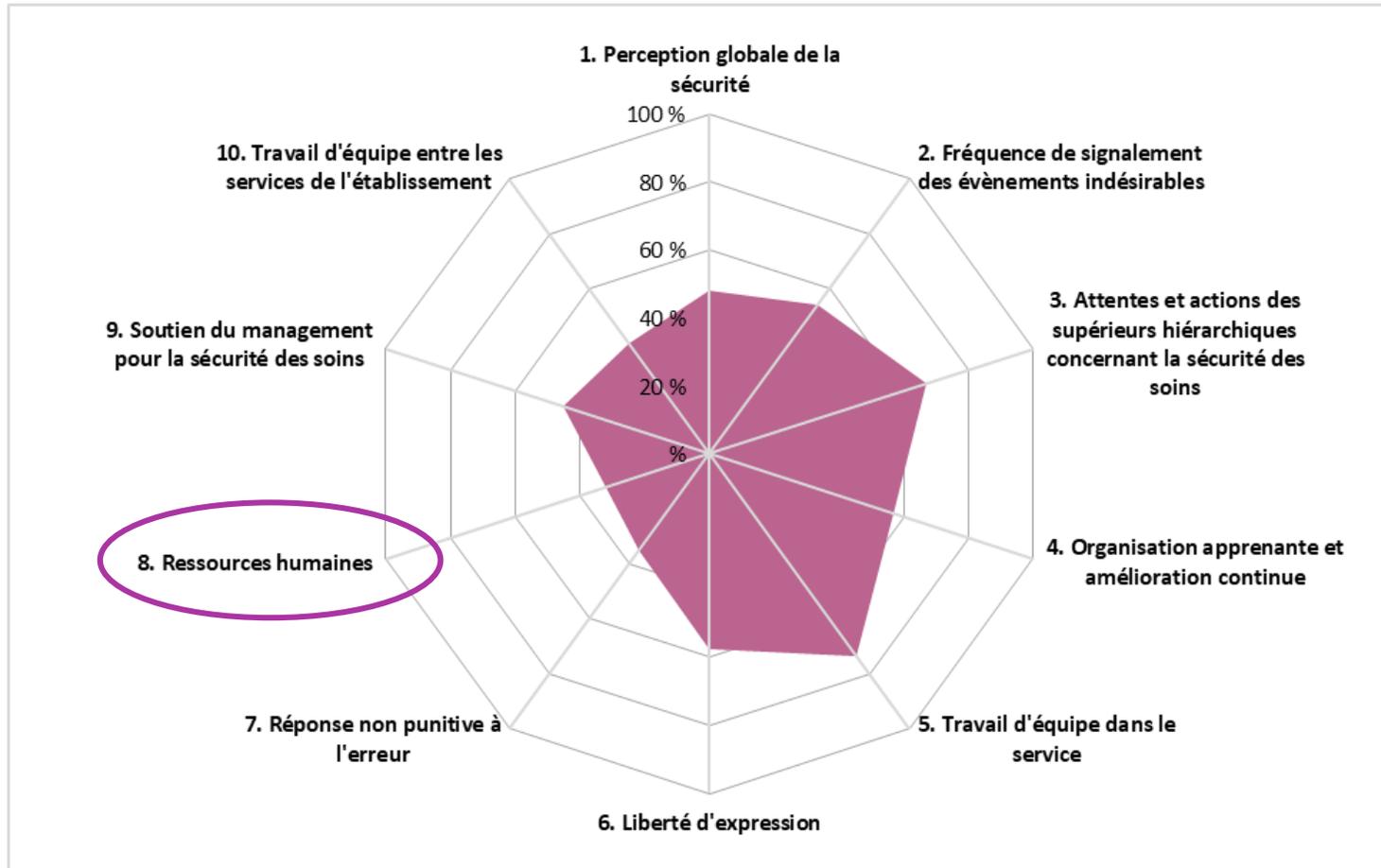
**Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs.**

**35 %**

# Réponse non punitive à l'erreur



# Scores moyens des 10 dimensions

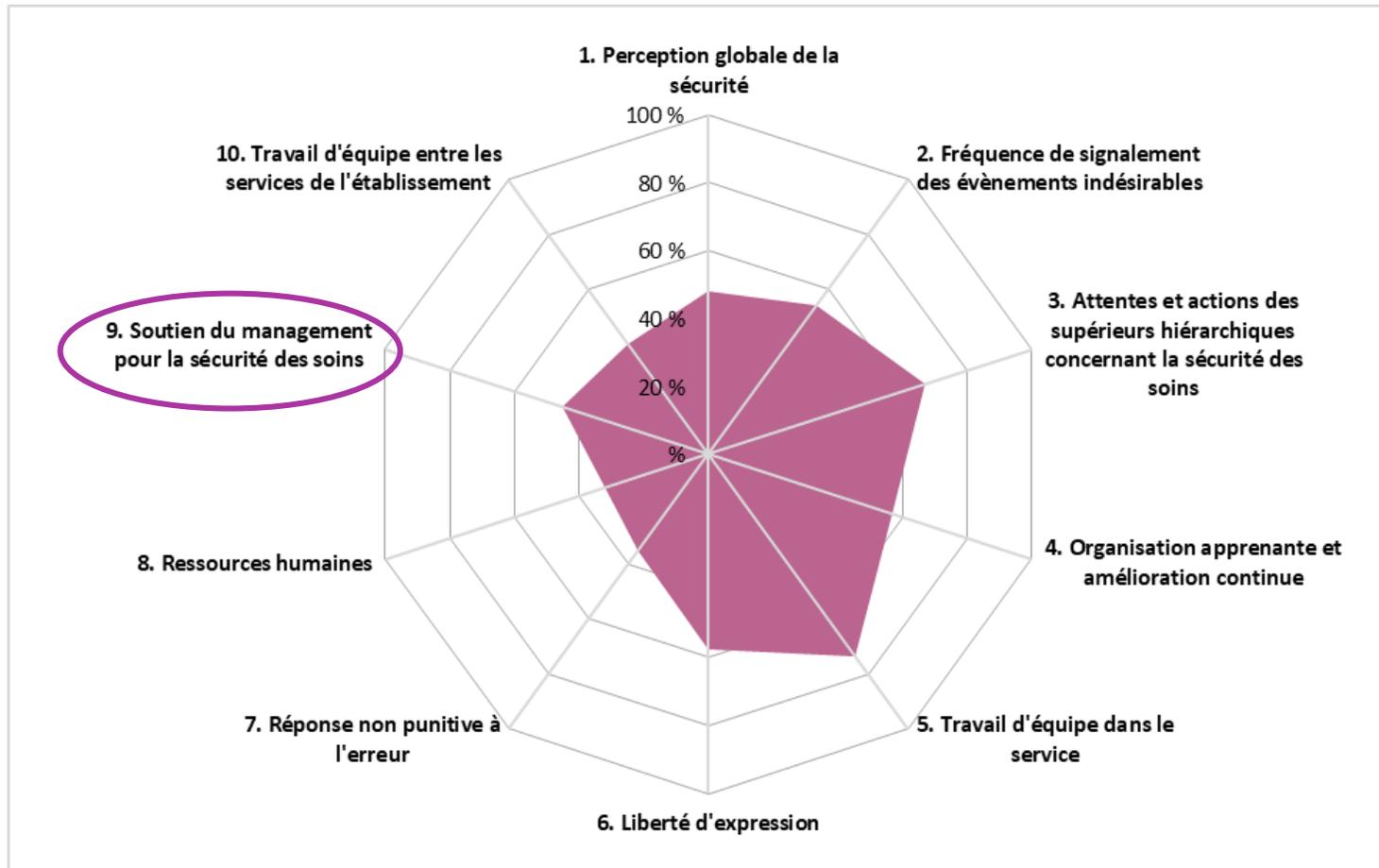


## Dimension 8 : Ressources humaines

Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.

**32 %**

# Scores moyens des 10 dimensions

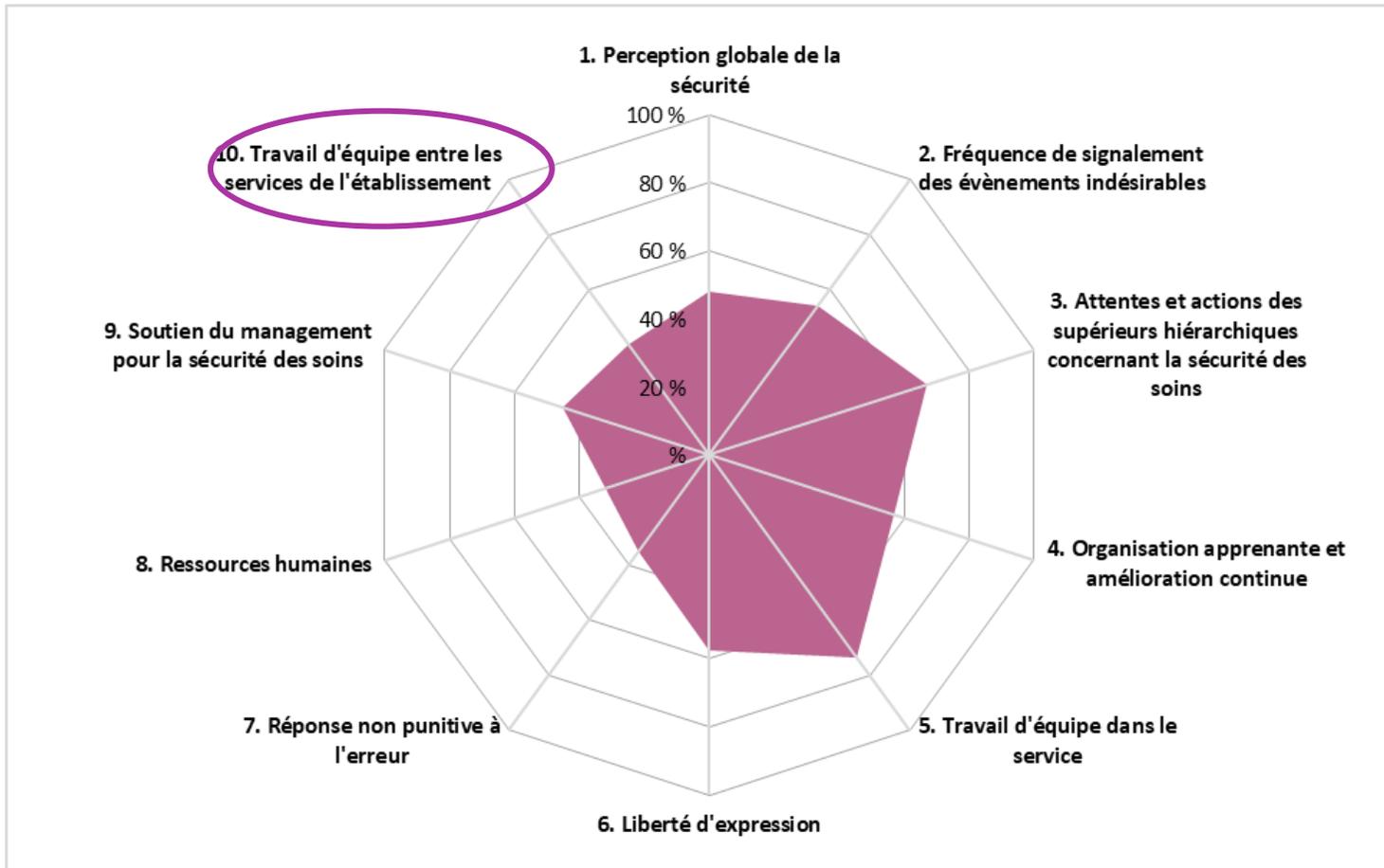


## Dimension 9 : Soutien du management pour la sécurité des soins

La **direction de l'établissement instaure un climat de travail** qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins

**44 %**

# Scores moyens des 10 dimensions



## Dimension 10 : Travail d'équipe entre les services de l'établissement

Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

**39 %**



# Zoom sur certains résultats de l'enquête : des solutions à disposition



**Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI**

Chef du service

Evaluation et outils pour la qualité et  
la sécurité des soins

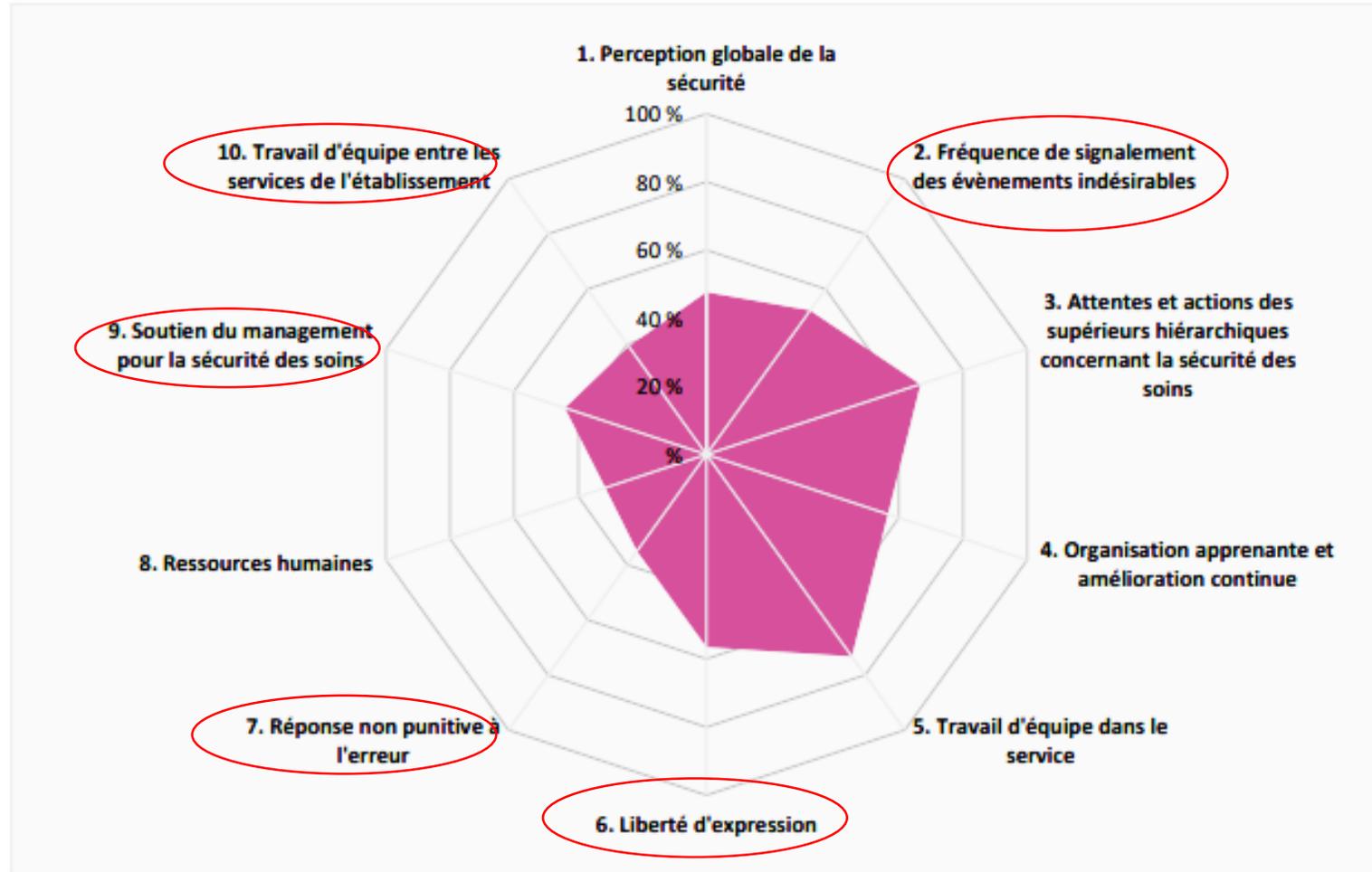
**Haute Autorité de Santé**

# Quelques constats



# Campagne de mesure de la culture sécurité en ES - 2023

Permet de mettre en évidence plusieurs axes à améliorer



# Résultat de la nouvelle certification des établissements de santé (1)

## Manuel de certification

### **Critère 3.3-02** L'établissement soutient une culture de sécurité des soins

La culture sécurité en santé regroupe l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient. Il s'agit du reporting des événements indésirables associés aux soins (EIAS), du retour d'expérience, de la qualité du travail en équipe et d'une culture « juste » (l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée). Elle est construite par l'interaction entre les acteurs et implique l'utilisateur. La gouvernance doit promouvoir des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent cette culture bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

## Fiche pédagogique « Évaluation de la gestion des risques et des vigilances »



**Vous vous assurez** que les professionnels partagent la culture positive de l'erreur, qu'ils sont sensibilisés au signalement des événements indésirables associés aux soins ou aux événements indésirables graves, et qu'ils en connaissent le dispositif de déclaration notamment sur le portail dédié.

**Vous recherchez** leur participation aux CREX, RMM, à l'analyse systémique de type ALARM des EIAS et à la mise en œuvre des actions d'amélioration.

**Vous interrogez** les professionnels sur la communication mise en place ainsi que celle en Commission des usagers.



[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_gestion\\_des\\_risques\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_gestion_des_risques_certification.pdf)

# Résultat de la nouvelle certification des établissements de santé (2)

- 1047 visites de certification avec le nouveau référentiel avec décisions au 10/11/2023
- 1047 démarches\* de certification pour lesquelles le critère 3.3-02 est applicable
- Environ 74 % (772/1047) des établissements de santé ne satisfont pas à 1 ou plusieurs éléments d'évaluation de ce critère

Éléments d'évaluation	
<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et de sécurité des soins.</li></ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La culture sécurité des soins des professionnels (ex : enquête culture de sécurité...) est évaluée.</li><li>• Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement.</li><li>• Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connus.</li></ul>	Audit système

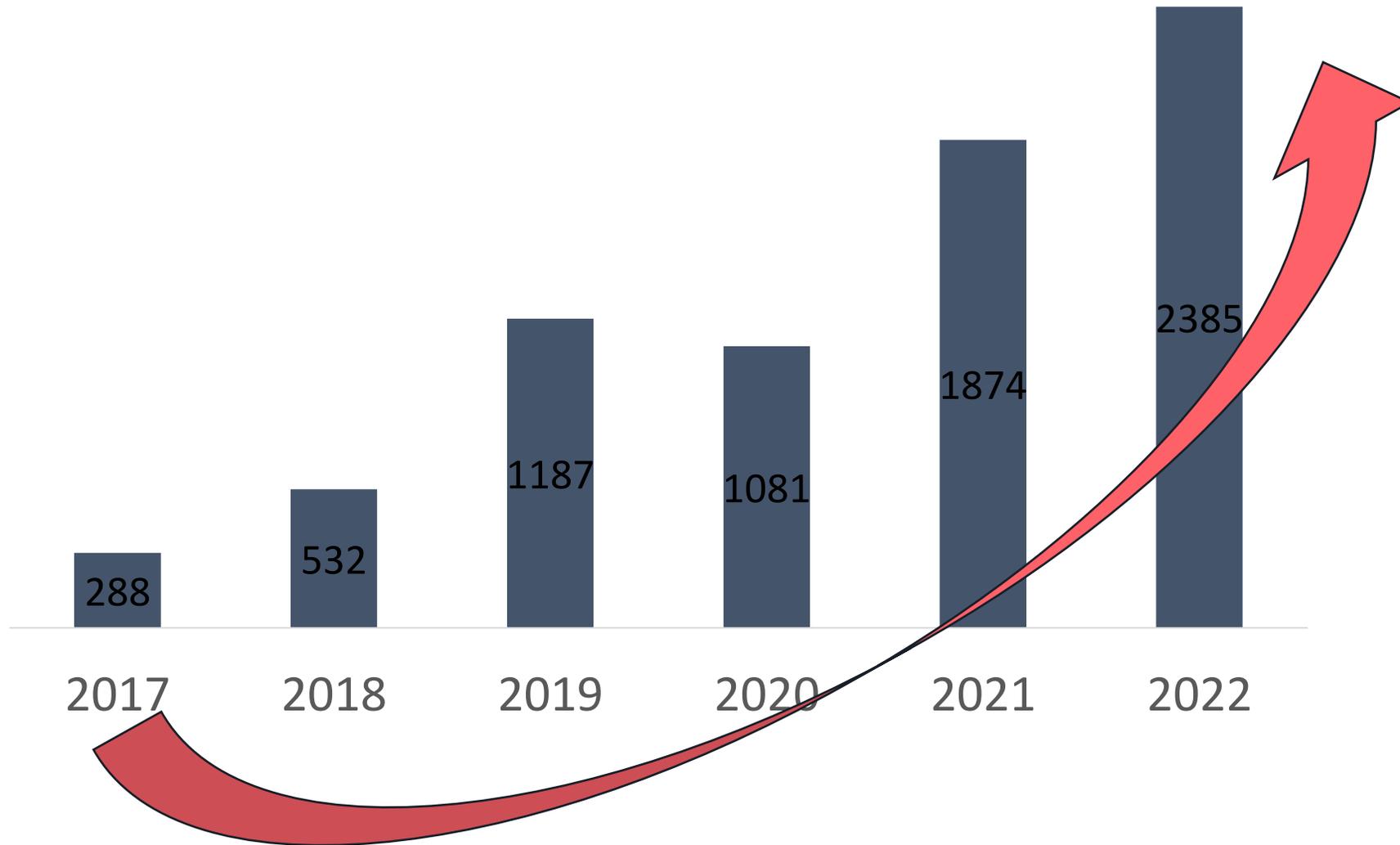
\* dans la grande majorité des cas, il y a une seule démarche par établissement de santé

# Zoom n°1

Fréquence de signalement  
des évènements  
indésirables graves  
associés aux soins (EIGS)



# Nombre d'EIGS reçus à la HAS depuis 2017 : une tendance positive



# Sous-déclaration des EIGS (1)

- Quelques études épidémiologiques sur les EIAS ont été menées en France dont :
    - Etude ESPRIT 2013 (en ville auprès de médecins généralistes) : 22 EIAS pour 1 000 actes, dont **2% sont des EIGS**
    - Etude ENEIS 2019 (en établissement de santé) : **4,4 EIGS pour 1000 jours d'hospitalisation**, ce qui correspond environ à **4 EIGS par service de 30 lits et par mois**.
- **Un constat : le nombre d'EIGS déclarés est très en deçà du nombre d'EIGS réels**

# Sous-déclaration des EIGS (2)

## Comment s'améliorer ?

- implication de la gouvernance dont engagement de non-sanction (confiance) et mise en place de formation sur la déclaration et l'analyse des EIAS : e-learning, programme d'intégration des nouveaux arrivants...(sensibilisation, accompagnement)
- analyse en équipe (entraide)
- informatisation du système de déclaration interne (praticité)
- retour d'information rapide vers les déclarants : en particulier, sur la mise en œuvre des actions correctrices décidées lors de l'analyse approfondie (utilité)
- communication institutionnelle des décisions prises (valorisation, diffusion)

# Qualité de l'analyse des EIGS (appréciée par les experts du comité EIGS)

→ 50 % des analyses sont inexploitable

→ Méthode d'analyse d'un EIAS mal connue, notamment :

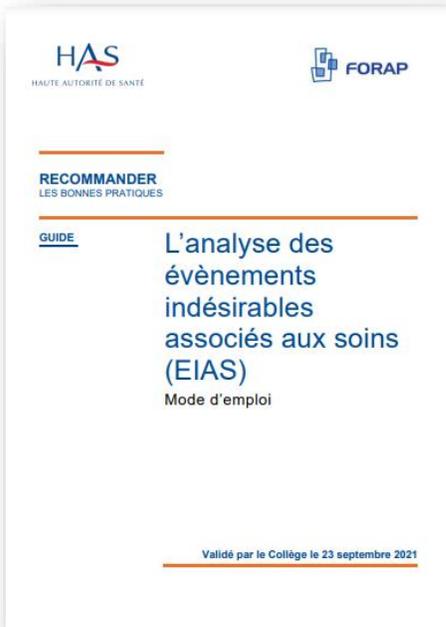
- pour identifier et analyses les causes profondes
- pour identifier les barrières de prévention et de protection



Or, la qualité des analyses conditionne la qualité du retour d'expérience et donc la pertinence des actions mises en place afin d'éviter la récurrence de l'évènement

# Comment améliorer l'analyse des EIGS/EIAS ?

## ► Publication d'un guide HAS-FORAP pour aider à l'analyse des EIAS (2021)



- [le guide « analyse EIAS mode d'emploi »](#)
- [l'essentiel](#) du guide
- [l'aide à l'analyse en ES](#)

N'hésitez pas à regarder en replay le webinaire HAS-FORAP qui s'est tenu le 21 juin 2022.

L'objectif était d'analyser et de déclarer plus efficacement les EIAS au travers de cas concrets.

« Événements indésirables associés aux soins (EIAS) : les analyser, c'est progresser ! »



# 4 étapes essentielles

1

## Reconstitution de la chronologie de l'événement

Comprendre ce qu'il s'est passé

2

## Recherche des causes de l'événement

Savoir comment et pourquoi l'EIAS est arrivé

3

## L'analyse des barrières de sécurité

Ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS et également ce qui a fonctionné

4

## Le plan d'action et le suivi

S'assurer que des enseignements sont tirés et leur donner une visibilité pour qu'ils bénéficient à tous

## Zoom n°2

Réponse non punitive à l'erreur ou culture juste

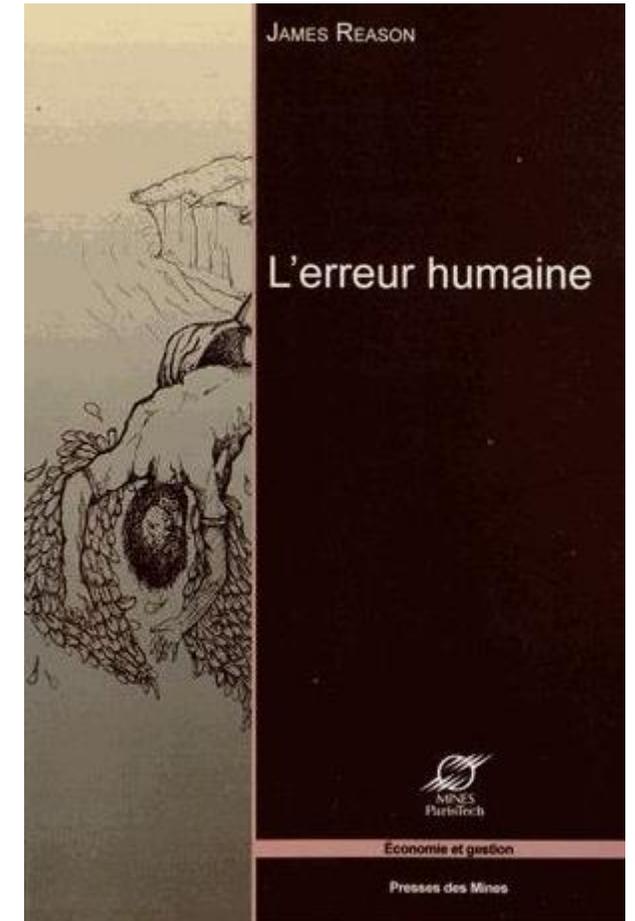


# L'erreur est humaine

« Le système doit accepter les erreurs comme le verso indissociable de l'intelligence humaine (...). L'erreur est la contrepartie des performances cognitives »

James Reason, 1993

- Fréquente : 2 à 10 par heure
- Récupérée le plus souvent
  - Sans conséquence aujourd'hui, elle en aura peut-être demain



# Les conséquences de la punition des erreurs

- La crainte de la punition dissuade les acteurs de faire connaître les problèmes
- La punition met l'accent sur la recherche de coupables au détriment des explications systémiques (résultats de nombreux actes et processus qui s'enchainent)



Christian MOREL. Facteurs humains en santé, p69.

# Pour le dire autrement,

Lorsque des erreurs surviennent :

- Si elles sont ignorées et /ou cachées
- Si elles sont minimisées
- Si elles sont expliquées par la recherche d'un coupable



Sous-déclaration des EI à fort potentiel d'apprentissage

Biais dans les analyses des causes profondes



**Pas de bénéfice de l'erreur**

# Culture non punitive

« ... est fondée sur l'idée d'inciter les acteurs à ne pas cacher, par peur de sanctions, une information qu'ils détiennent qui pourrait se révéler déterminante pour éviter la reproduction de l'erreur »

Christian Morel , les décisions absurdes II, 2012

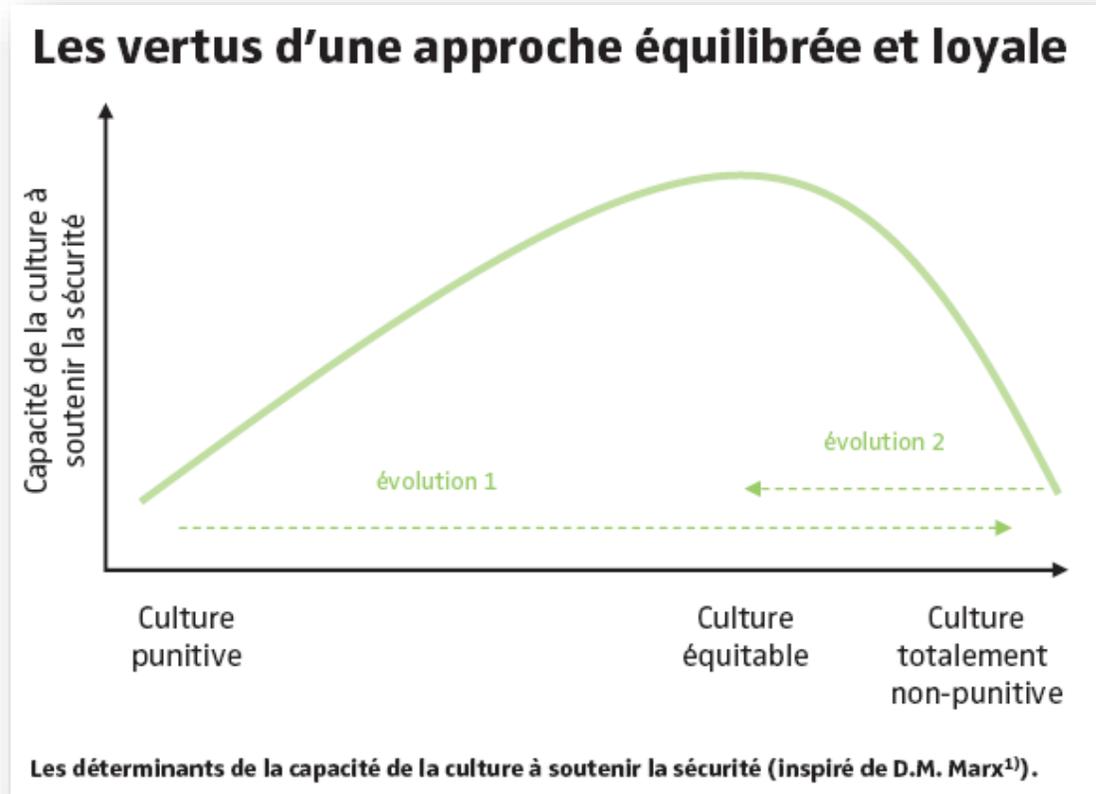


# Pourquoi des résistances à la mise en œuvre de la culture non punitive de l'erreur ?

- Culture nationale : en France → culture traditionnellement punitive
- Peur de l'absence de sanction en cas de comportement mettant volontairement en danger les patients
- Question sur la prise en compte de la récidive (erreur ou faute)
- Incompréhension des victimes/ besoin de sanctionner des coupables pour apaiser leur douleur
- Punitions informelles (différentes de la sanction) par l'équipe (intimidation, reproche, sentiment de culpabilité...)
- Difficulté de faire la distinction entre erreur (non intentionnelle) et faute (intentionnelle)
  - notion de culture juste

# La culture équitable (culture juste)

- Ne pas rechercher en priorité et/ou exclusivement un coupable en se focalisant sur l'erreur immédiate ou humaine
- Ni développer un système totalement non-punitif et déresponsabilisant
- **Mettre en place un système équitable**



Anthony Staines, Competence 7–8/2009

Walsh D, Greenall J. A just culture is the balanced approach to safety. Hospital News. April 2007:21.

Reason JT. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot ; Brookfield, VT: Ashgate; 1997.

# Zoom n°3

Soutien du  
management pour  
la sécurité des soins



# Les rencontres sécurité

Méthode donnant l'opportunité au management de montrer à leurs équipes leur implication dans la sécurité des patients



- 1 à 2 heures de rencontre annoncée et préparée
- entre une équipe de managers issus de la gouvernance (direction générale et CME) et l'équipe du secteur d'activité visité
- sur le lieu de travail de l'équipe
- pour observer, écouter et parler de manière ouverte et respectueuse de la **sécurité des patients**

# Guide et outils proposés par la HAS

**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**SÉCURITÉ DU PATIENT**  
GÉRER LES RISQUES

## Rencontres sécurité

*Un partenariat entre les équipes et la gouvernance*

Guide méthodologique et outils

Novembre 2018

**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**SÉCURITÉ DU PATIENT**  
GÉRER LES RISQUES

## Rencontres sécurité

*Un partenariat entre les équipes et la gouvernance*

Novembre 2018

**De quoi s'agit-il ?**

Les rencontres sécurité en établissement de santé, se caractérisent par une rencontre et des échanges pendant 1 heure environ, entre deux équipes : une équipe mixte (direction générale et CME) composée de managers issus de la gouvernance et l'équipe du secteur d'activité visité.

Cette rencontre se déroule sur le lieu de travail de l'équipe du secteur d'activité et les échanges sont centrés sur la sécurité des patients. Il ne s'agit en aucun cas d'une inspection, d'un contrôle ou d'un audit, mais d'une discussion ouverte, en confiance et respectueuse entre les professionnels composant ces deux équipes à propos de la sécurité des patients afin d'identifier les problèmes rencontrés et de préparer des objectifs d'amélioration.

La rencontre est suivie de la mise en place d'un plan d'action partagé pour améliorer la sécurité des patients.

**Les rencontres sécurité constituent une méthode au service du management**

- Contribuant à la culture sécurité globale de l'établissement et donc porteuse de bénéfices pour la sécurité des patients.
- Venant en appui au management pour la gestion des risques.
- Pouvant être valorisée dans le cadre de la certification des établissements de santé (compte qualité).

**Comment ?**

■ **Prérequis**

L'engagement institutionnel dans la démarche et l'affichage officiel de son intérêt sont indispensables. Un pilote du projet est désigné (par exemple le gestionnaire de risques).

Les secteurs d'activité à rencontrer sont identifiés et la planification annuelle des rencontres sécurité dans l'établissement est établie.

Une réunion préparatoire de formation/information avec la gouvernance est réalisée.

Des actions de communication générale sont menées.

De manière optionnelle, si l'établissement le souhaite, une enquête culture sécurité peut être réalisée afin d'évaluer l'impact de la démarche.

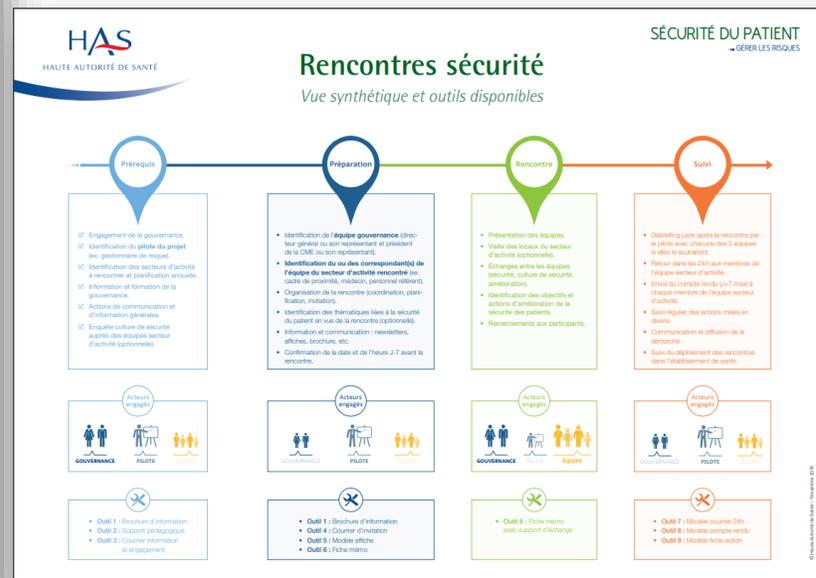
■ **Préparation et organisation**

C'est une phase importante pour s'approprier les objectifs de la rencontre, planifier et organiser cette dernière. Pendant cette phase, les membres de l'équipe de la gouvernance (directeur général ou son représentant et président de la CME ou son représentant à minima) et les correspondants de l'équipe du secteur d'activité (par exemple cadre de proximité, médecin, personnel soignant, etc.) sont identifiés.

**Pourquoi l'utiliser ?**

Les rencontres sécurité permettent de :

- promouvoir une culture de sécurité reposant sur la confiance et l'écoute ;
- montrer l'engagement des personnels dirigeants pour la sécurité des patients et des professionnels ;
- faciliter la communication entre la gouvernance et les équipes du secteur d'activité visité ;
- encourager une déclaration plus précise des événements indésirables associés aux soins ;
- identifier sur le terrain des éléments présentant un risque pour la sécurité du patient ;
- mener des actions d'amélioration pour la sécurité du patient.



**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**SÉCURITÉ DU PATIENT**  
GÉRER LES RISQUES

## Fiche mémo

**Déroulement de la rencontre**

**Présentation des équipes**

- Chaque participant se présente en indiquant son nom et sa fonction. Deux rapports en parallèles :
  - Objectif : identifier des problèmes liés à la sécurité des patients.
  - Conditions d'échanges : discussions et échanges ouverts, respectueux et constructifs. Il ne s'agit ni d'une inspection, ni d'un contrôle.

**Visite du secteur d'activité**

- Avant ou après les échanges

**Optionnelle**

**Echanges entre les équipes (cf. support d'échanges au verso)**

- Préferer des questions positives, par exemple :
  - Quelle est la chose dont vous êtes le plus fier dans ce service ?
  - Gérer les inquiétudes, par exemple :
    - Quels problèmes en termes de sécurité du patient vous inquiètent en ce moment ?
  - Aborder un contexte local particulier si besoin.

**Fin de la rencontre**

- Identifier des objectifs et des actions d'amélioration possibles.
- Conclure la rencontre avec des remerciements aux participants.

• Deux supports pédagogiques (vidéo et diaporama) vous permettent de présenter la méthode au sein de votre établissement.

## Zoom n°4

Travail en équipe  
et liberté  
d'expression



# Le travail en équipe, la valeur professionnelle du XXIe siècle

## Pourquoi le travail en équipe est-il si important ?

- ➔ Médecine de plus en plus complexe + patients comorbides = nécessité d'associer différentes compétences / disciplines
- ➔ Amélioration du travail en équipe ➔ amélioration démontrée des prises en charge et de la sécurité des patients
- ➔ Efficacité du travail en équipe ➔ amélioration du bien-être au travail

# De quelle équipe parle-t-on ?

2 acceptations du terme équipe :

- ➔ le **périmètre classique** : le service - le bloc, la réanimation, la cardiologie interventionnelle...Unité de temps, de lieu, d'action
  - ➔ la **vision transversale** : le parcours de soins - la chirurgie ambulatoire, la greffe rénale... pas d'unité de lieu et de temps, mais tous solidaires de la prise en charge d'un parcours de soins réussi.
- En fait, les médecins passent leurs journées à passer d'une équipe dans l'autre.

# Qu'est-ce qu'une équipe efficace ?

- Une équipe efficace est une équipe qui :
  - partage un **objectif commun**
  - **se coordonne** (partage des rôles, responsabilités; prises de décision)
  - **communique efficacement**
  - a un **leadership** partagé et reconnu, qui s'appuie sur des **relations de confiance**
  - **s'entraide** : l'équipe évolue dans un climat de travail sain et de solidarité
  - **s'alerte** : il existe une prise de conscience partagée des risques
- Pour travailler efficacement en équipe, il faut donc maîtriser des **compétences non techniques** telles que les compétences sociales, le leadership, l'aide réciproque, la gestion des conflits, du stress et de la fatigue, etc.

# Ce que la HAS propose : 2 programmes volontaires clés en main

<b>PROGRAMME Pacte</b>		<b>ACCREDITATION EN ÉQUIPE</b>
Les équipes pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaires et peut concerner tout professionnel de santé intra ou extrahospitalier.	<b>Concerne</b>	Les médecins de spécialités dites à risque qui exercent en établissement de santé, en équipe mono ou pluridisciplinaire
Renforcer la culture de sécurité et améliorer les compétences non techniques dans le cadre d'un travail de groupe	<b>Objectifs prioritaires</b>	Améliorer les pratiques et la qualité des soins via des activités d'analyses de pratique, notamment la déclaration d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS), et des activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances
Deux ans	<b>Durée de l'engagement</b>	Un bilan de l'activité en équipe est réalisé annuellement et conduit la première année et tous les quatre ans à une décision d'accréditation individuelle des membres de l'équipe
Oui	<b>Éligible au DPC</b>	Oui
Oui	<b>Contribue à la procédure de certification</b>	Oui

Pour en savoir plus : <https://vu.fr/GSUH>

Pour en savoir : <https://bit.ly/2V9lwmw>

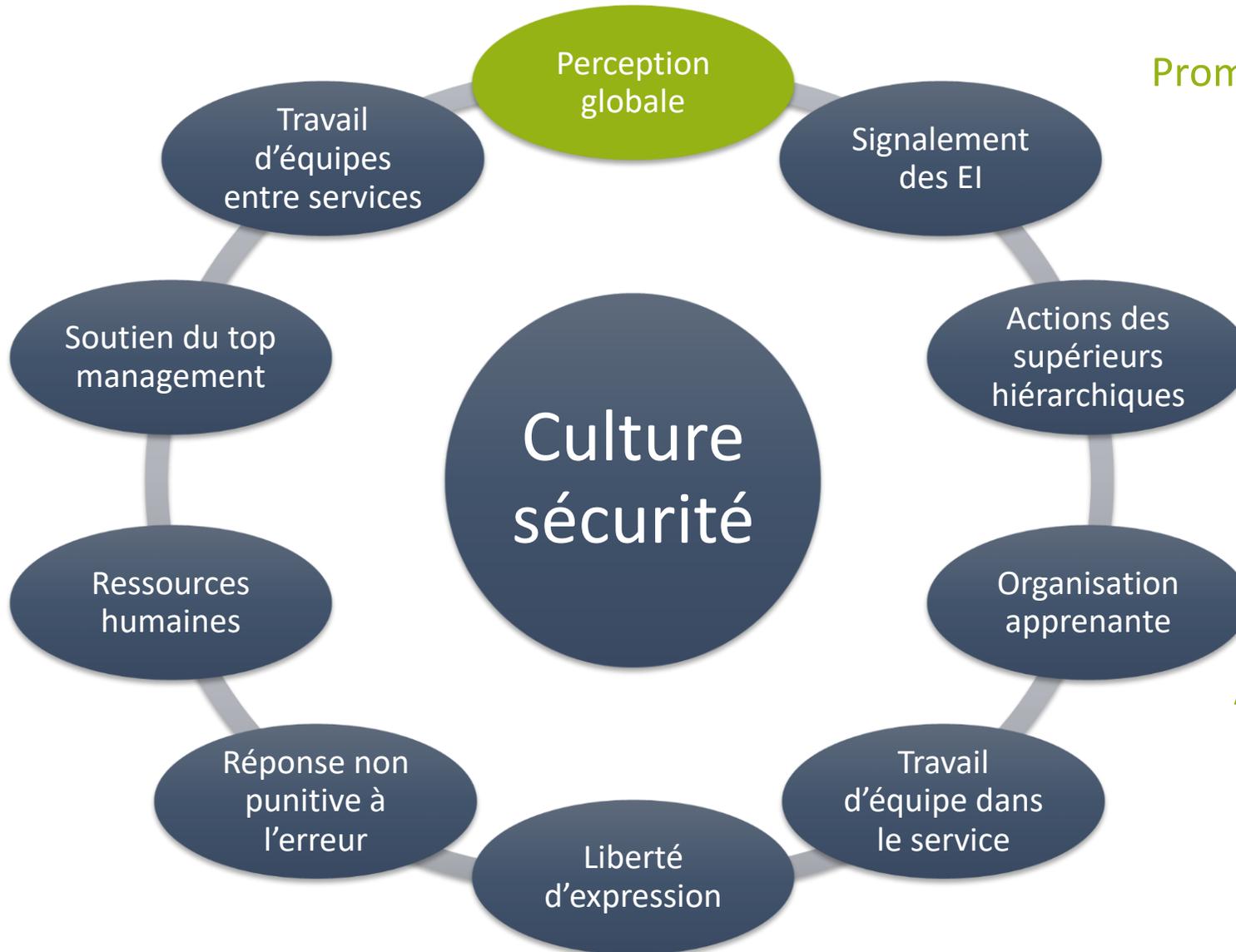


# Accompagnements en région



**Emmanuel SEHIER**  
Président  
**FORAP**

# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS



Promotion du guide HAS FORAP  
Comprendre et agir

Animation de « causeries » pour des échanges aux étapes clés de la campagne

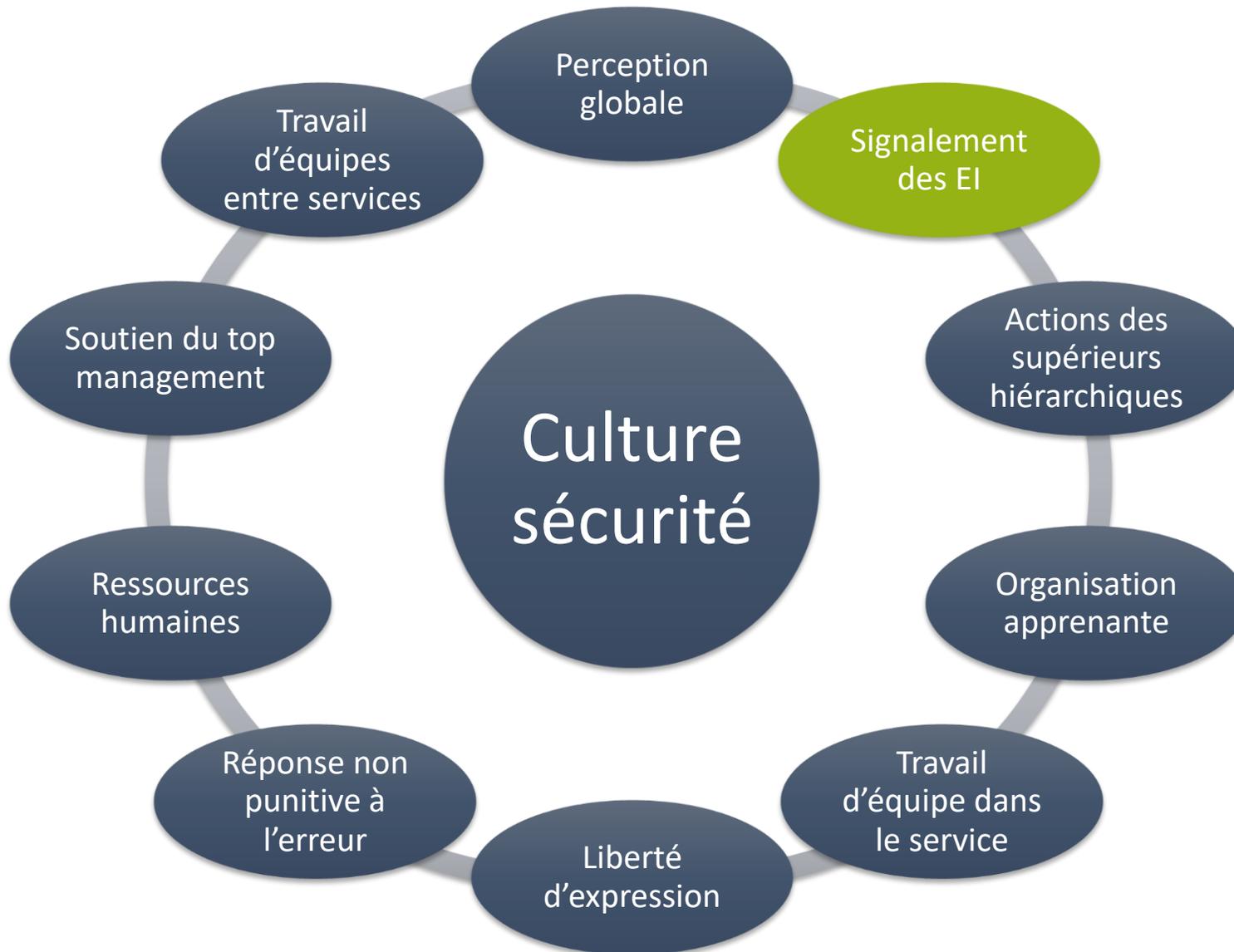
Animation d'un espace collaboratif dédié à la campagne de mesure

Webinaires de présentation des résultats en région

Accompagnements à l'analyse et à la restitution des résultats de la mesure de la CS

Questionnaire de satisfaction sur la campagne de mesure de la CS

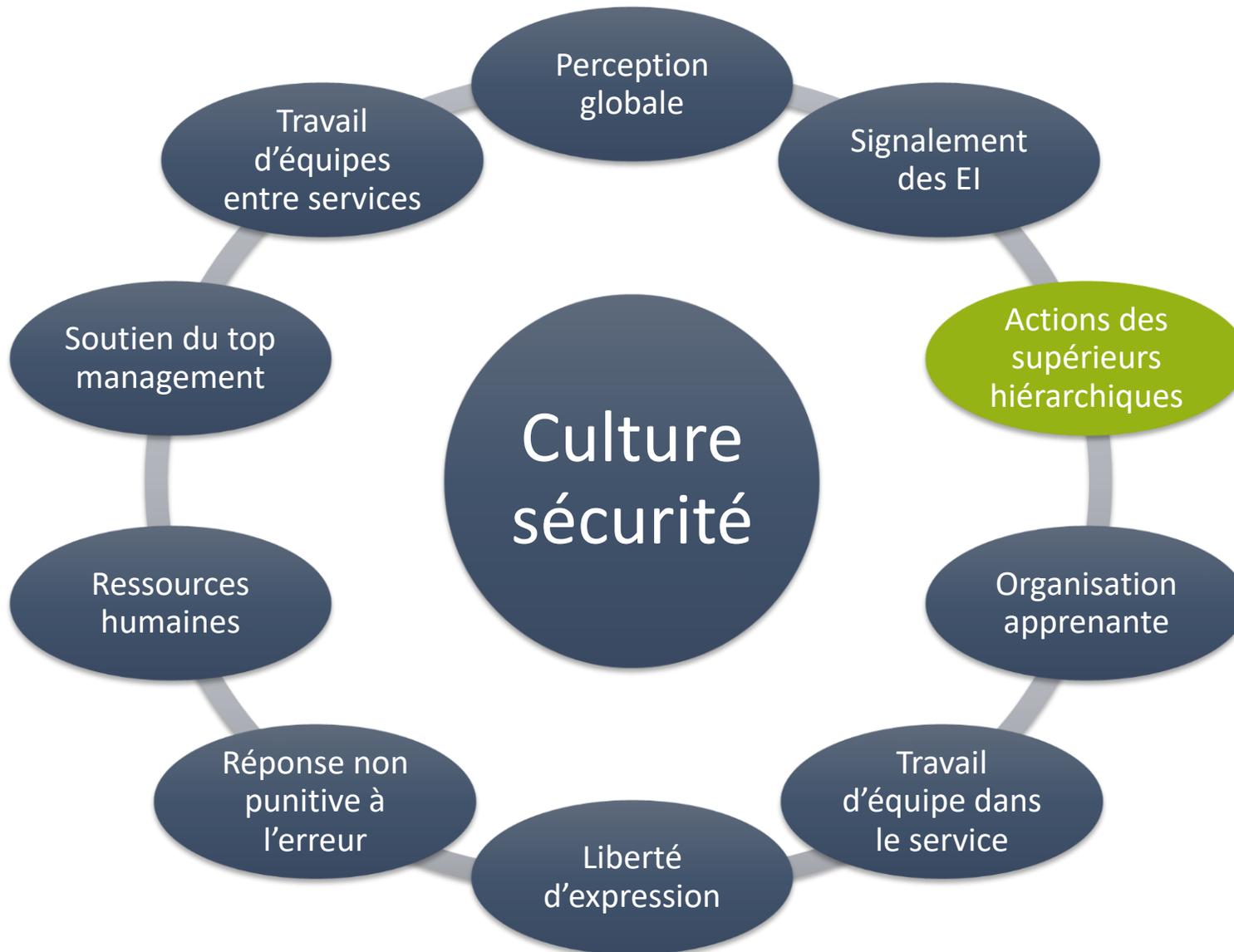
# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS



Formations à la détection-  
signalement des EI

Challenge FORAP «Ensemble,  
agissons pour la sécurité des  
patients»

# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS

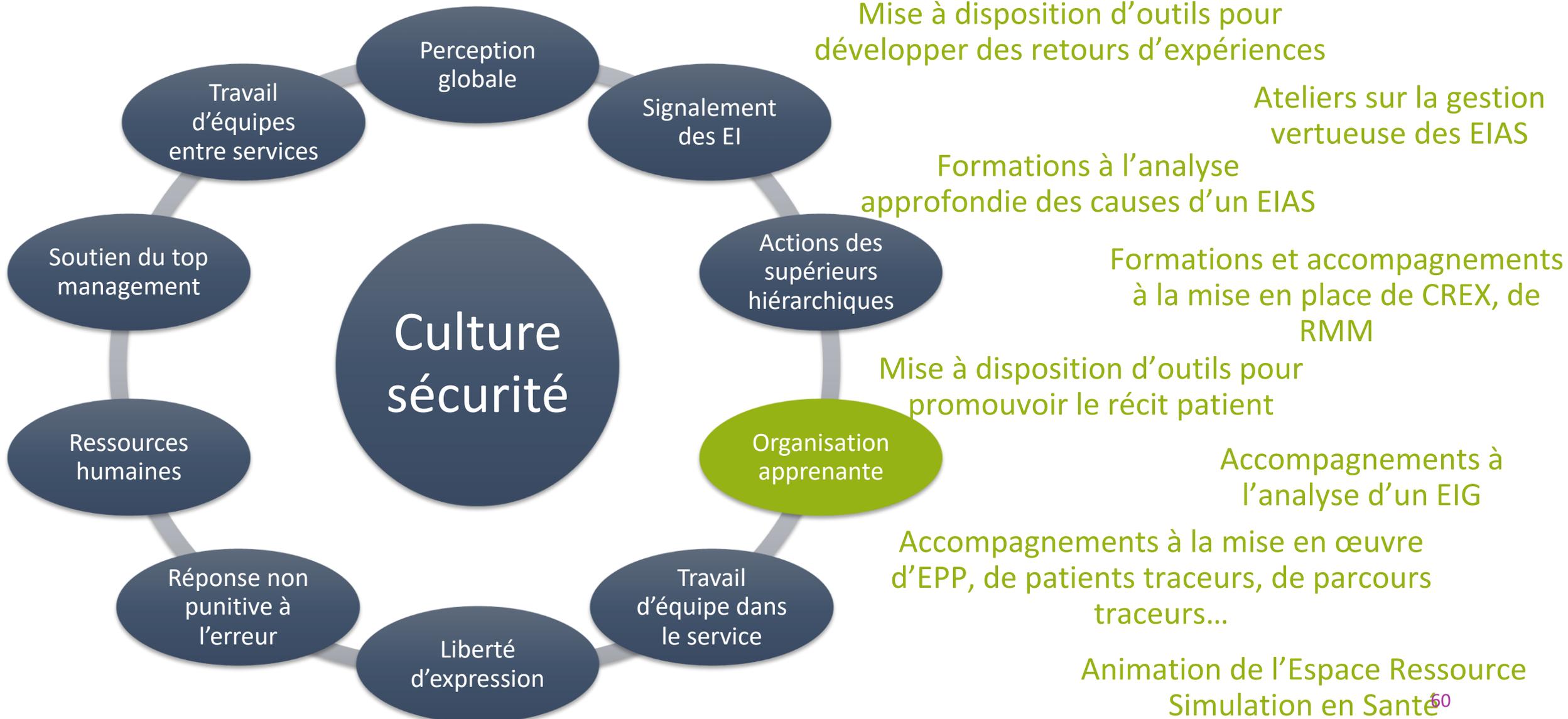


Ateliers d'analyse de pratiques à l'attention du management de proximité

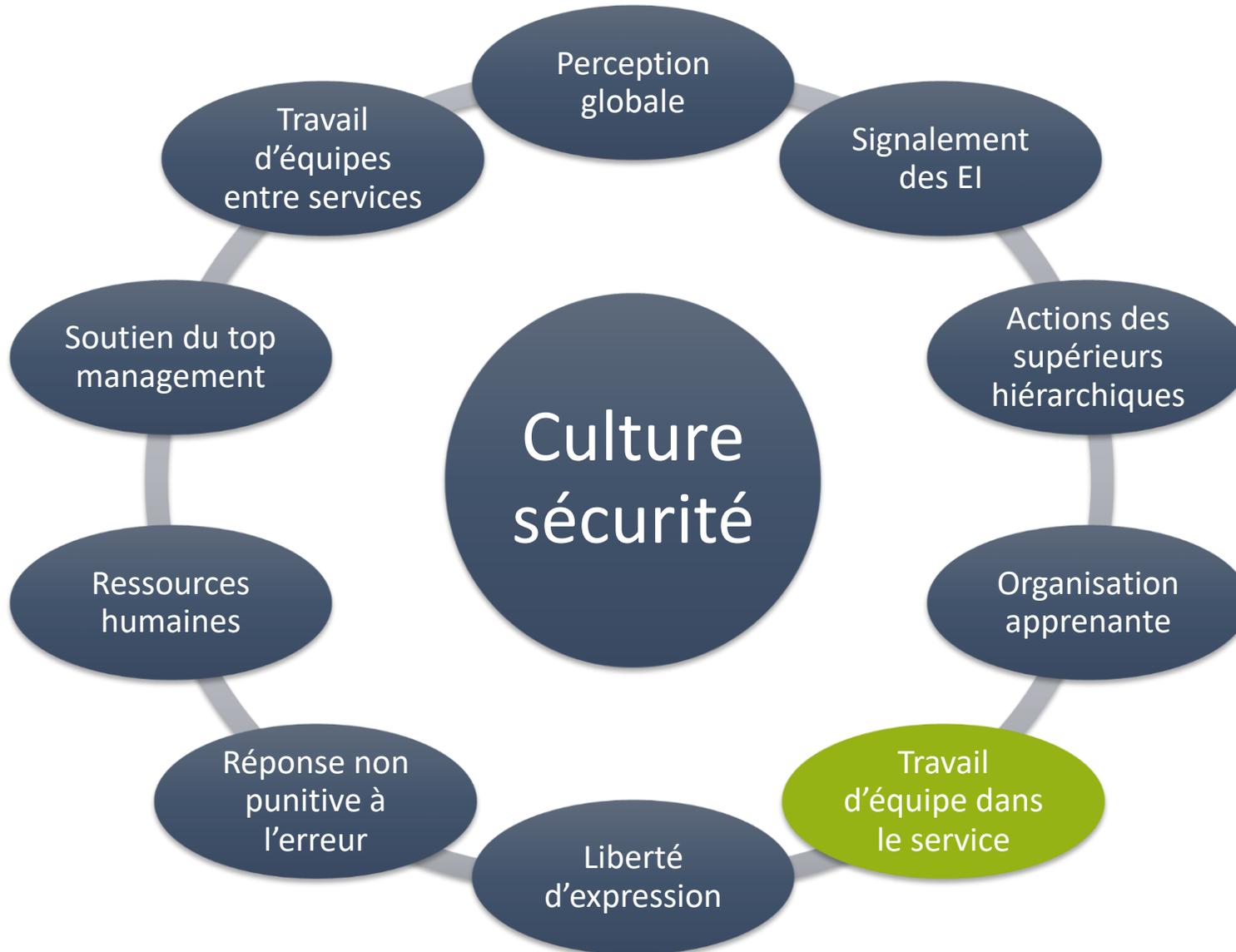
Cycle de formation autour de la culture sécurité

Ateliers et mise à disposition d'outils pour favoriser les briefings-débriefings

# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS



# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS



Ateliers de présentation et promotion d'outils de communication

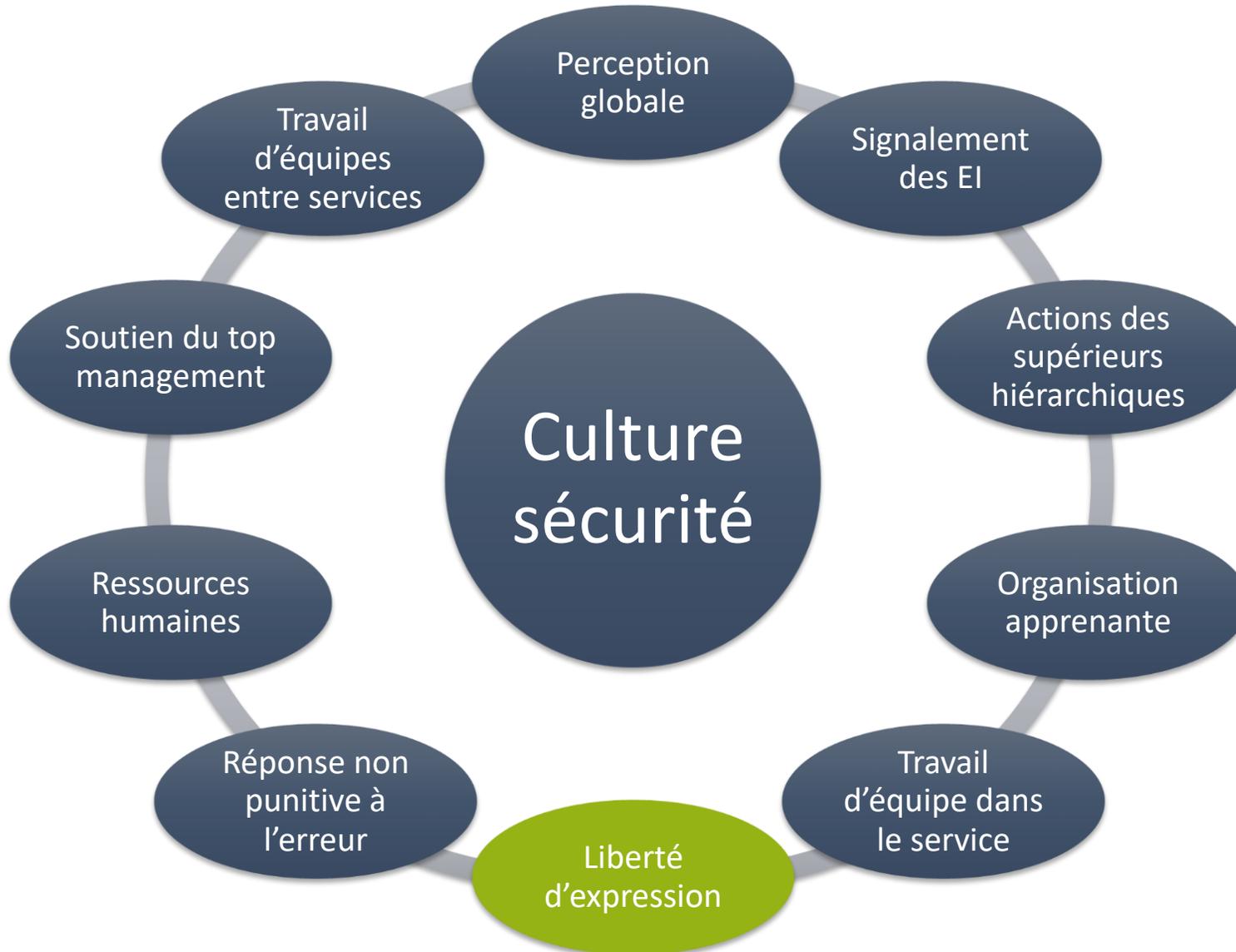
E-learning sur les outils de communication

Formations aux Facteurs Humains et Organisationnels

Déploiement du programme PACTE

Communauté de pratiques et ateliers régionaux sur le travail en équipe

# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS

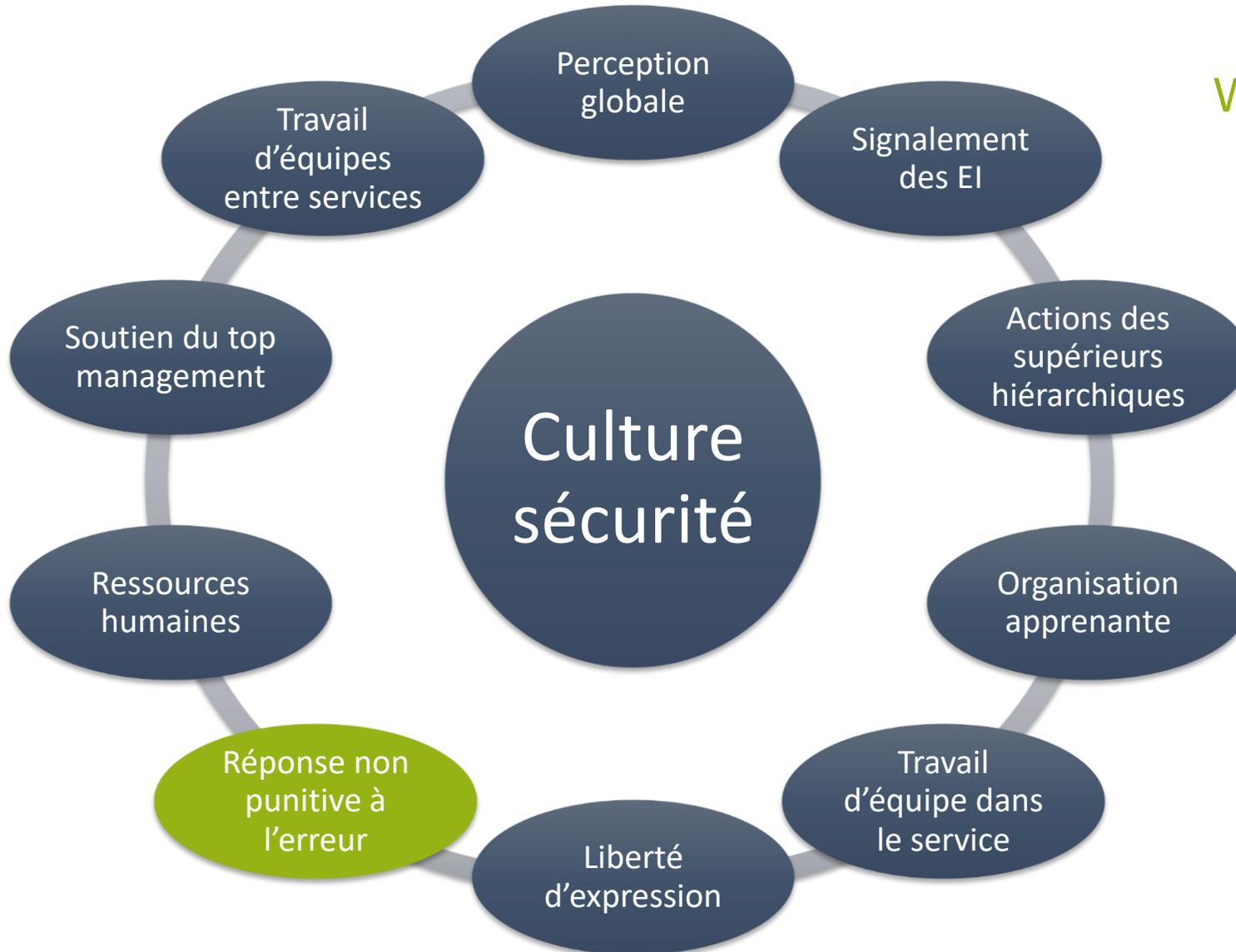


Modèles de charte d'incitation au signalement

Vidéos de managers sur la charte d'incitation au signalement

Ateliers de présentation d'outils de communication facilitant l'assertivité

# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS

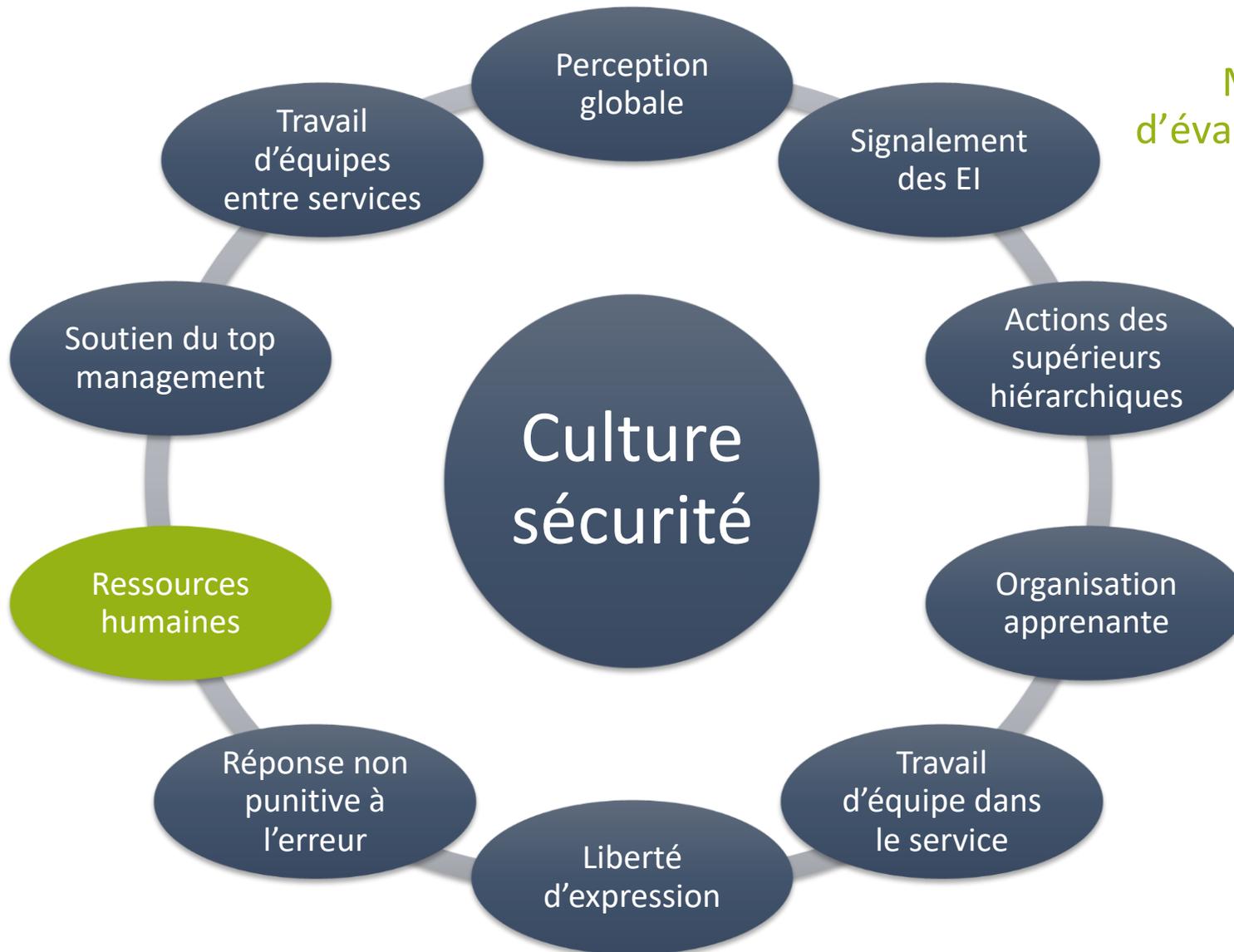


Webinaires sur la Culture Juste

Mise à disposition d'outils pour favoriser la culture juste

Formations à l'arbre décisionnel sur la responsabilité des professionnels en cas d'EI

# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS



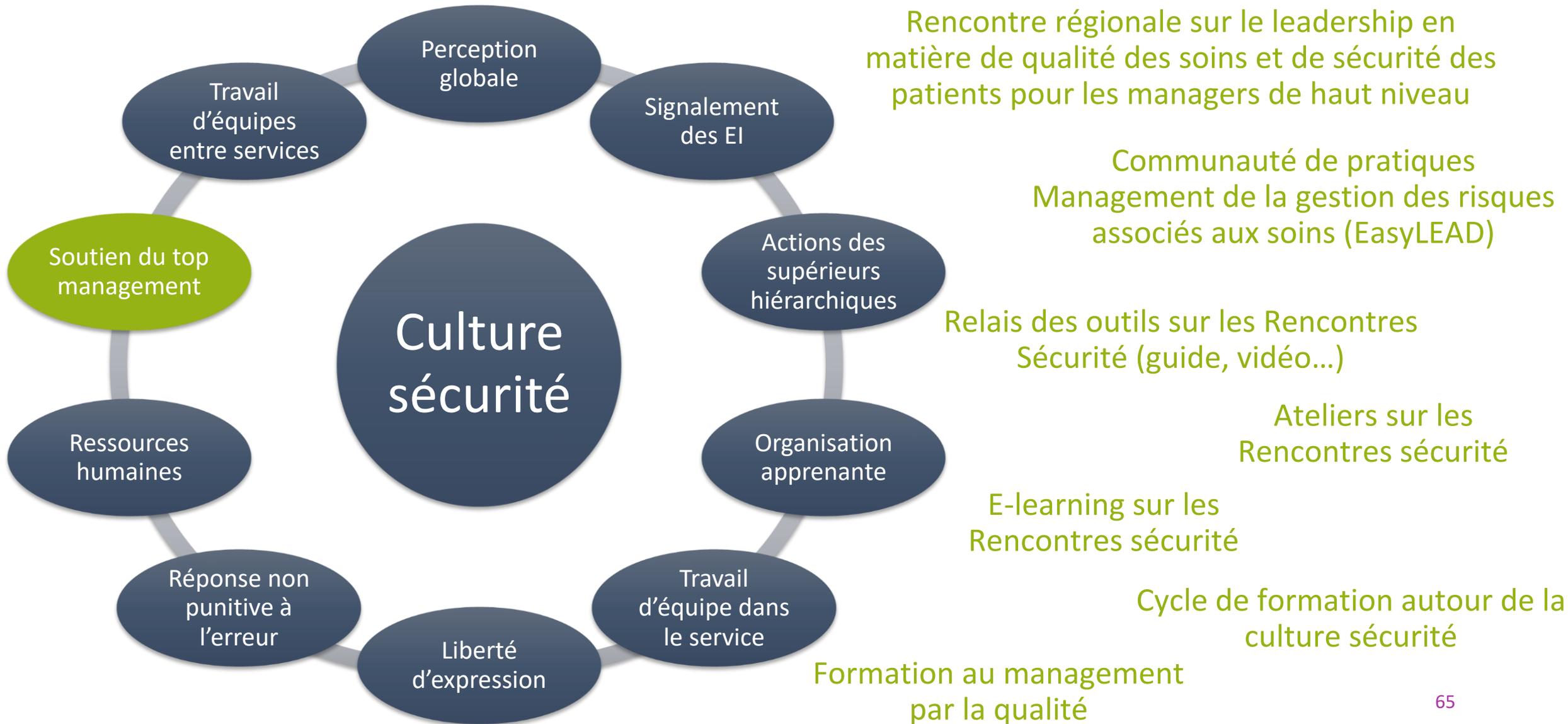
Mise à disposition d'outils d'évaluation et d'amélioration de la QVCT

Mise à disposition d'outils pour bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation

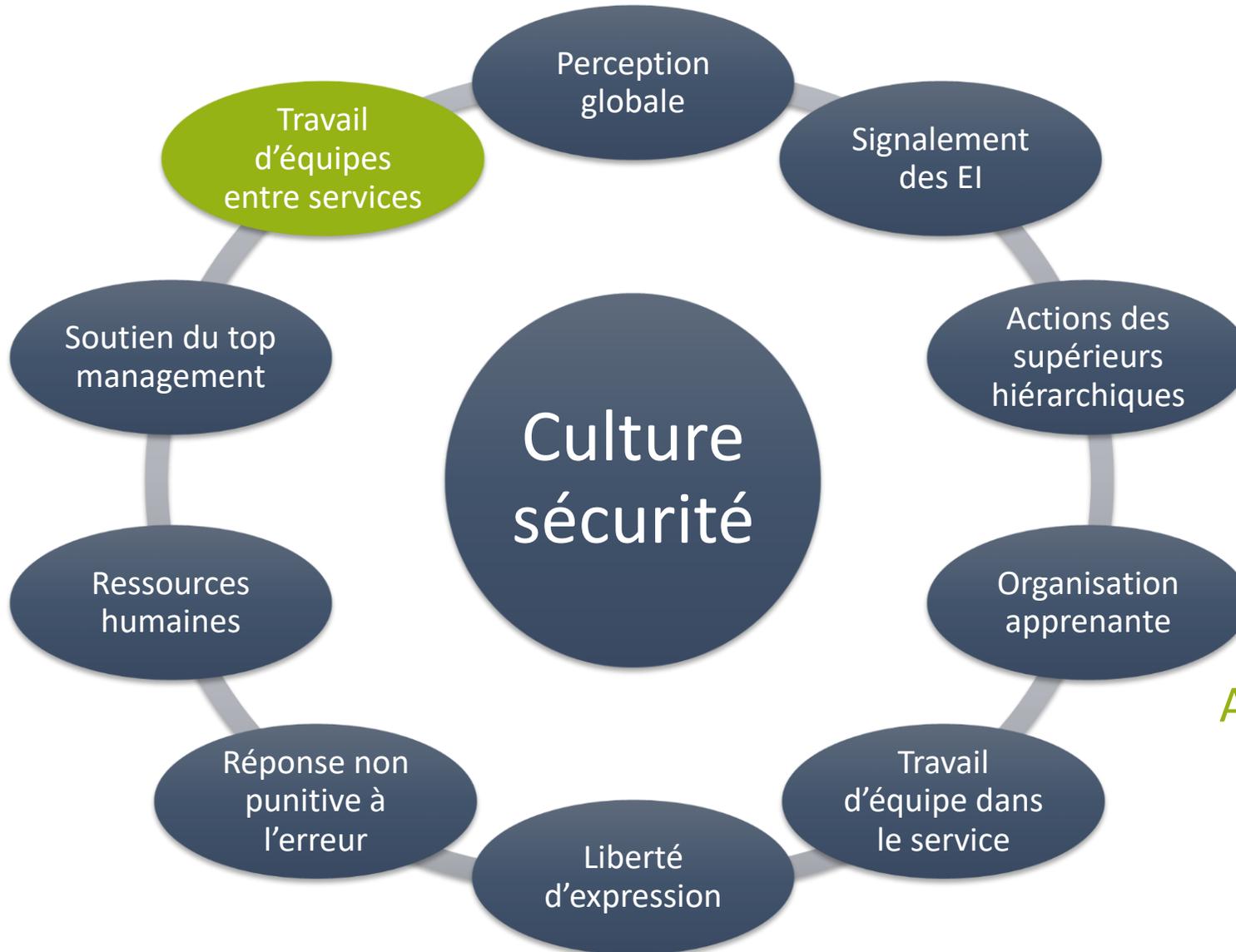
Aide à la mise en place de projets « Vis mon travail »

Mise à disposition d'outils pour diminuer les interruptions de tâches

# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS



# Exemples d'actions des SRA pour développer la CS



Communauté de pratiques :  
comment renforcer la  
coordination inter services ?

Conférence régionale sur le  
travail en équipe, moteur de la  
qualité et sécurité des soins

Accompagnement à l'analyse  
d'un EIAS inter services ou  
inter-établissements



# Questions / Réponses

# Merci de votre attention