

Rencontres sécurité

Un partenariat entre les équipes et la gouvernance

Guide méthodologique et outils

Ce guide méthodologique est téléchargeable sur :

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

Préambule – Note au lecteur

Les rencontres sécurité peu connues jusqu'à présent en France existent depuis plus de 15 ans à l'étranger où elles ont montré leur efficacité.

Il s'agit d'une méthode managériale reconnue pour améliorer la culture sécurité des équipes, et donc faire progresser la sécurité des patients (1).

Ce guide méthodologique s'adresse aux :

- équipes de gouvernance des établissements (Direction et CME) ;
- conférences des Directeurs généraux
- conférences des Présidents de CME
- structures de gestion des risques des établissements de santé ;
- fédérations hospitalières ;
- structures régionales d'appui ;
- structures de formations initiales et continues

Les rencontres sécurité constituent une opportunité pour mobiliser le management sur les enjeux de la sécurité et manager au nom de la sécurité.

Sommaire

Abréviations	7
1. Rencontres sécurité : de quoi s'agit-il ?	8
2. Pourquoi un guide « Rencontres sécurité » ?	10
3. Comment réaliser des « Rencontres sécurité » ?	12
3.1. Prérequis	13
3.2. Préparation des rencontres sécurité	15
3.3. Déroulement de la rencontre (1 heure environ)	18
3.4. Suivi des Rencontres sécurité	21
4. Comment évaluer la démarche « Rencontres sécurité » ?	22
5. Conclusions et perspectives	23
6. Outils pour faciliter le déploiement et la mise en œuvre de rencontres sécurité	24
Présentation et utilisation	24
Outil 1 : Brochure d'information « Rencontres sécurité »	25
Outil 2 : Support pédagogique de présentation des « Rencontres sécurité »	27
Outil 3 : Proposition de courrier d'information et d'engagement	29
Outil 4 : Proposition de courrier d'invitation	30
Outil 5 : Proposition d'affiche	31
Outil 6 : Fiche mémo « Rencontres sécurité » (recto)	32
Outil 6 : Fiche mémo « Rencontres sécurité » (verso)	33
Outil 7 : Proposition de courrier dans les 24 heures après la rencontre	34
Outil 8 : Proposition de compte rendu (dans la semaine qui suit la rencontre)	35
Outil 9 : Proposition de fiche action (1 fiche par action)	36
7. Partages d'expériences	37
7.1. Expérimentation du CEPRAAL, structure régionale d'appui qualité des soins et sécurité des patients en Auvergne-Rhône-Alpes (16)	37
7.2. Expérimentation HAS (voir aussi rapport d'expérimentation)	39
8. Pour en savoir plus : argumentaire scientifique	47
8.1. Quelle est l'origine des <i>safety walkrounds</i> ?	47
8.2. Pour quel impact ?	47

8.3. Déploiement en établissement de santé des rencontres sécurité.....	49
8.4. Quelques éléments en matière de management et de culture sécurité.....	52
9. Bibliographie.....	54
10. Gestion de projet	57
10.1. Coordination opérationnelle : Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS	57
10.2. Groupe de travail (GT).....	57
10.3. Groupe de parties prenantes (GPP).....	57
10.4. Relecteurs	58
10.5. Établissements volontaires ayant participé à l'expérimentation HAS « Rencontres sécurité » (Février 2017 – Mars 2018)	60
10.6. Modalités d'élaboration.....	61

Abréviations

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CDU	Commission des usagers
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CME	Commission médicale d'établissement (secteur public), équivalent conférence médicale (secteur privé)
COFIL	Comité de pilotage
CREX	Comité de retour d'expérience
CS	Conseil de surveillance
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE	Comité technique d'établissement
EIAS	Événement indésirable associé aux soins
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de santé
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
MBWA	<i>Management By Walking Around</i>
MIT	<i>Massachusetts Institute of Technology</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PAQSS	Plan d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients
PNSP	Programme national pour la sécurité des patients
REX	Retour d'expériences
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SPSP	<i>Scottish Patient Safety Programme</i>

1. Rencontres sécurité : de quoi s'agit-il ?

Les « Rencontres sécurité » en établissement de santé se caractérisent par une rencontre et des échanges entre deux équipes : une équipe composée de managers issus de la gouvernance de l'établissement de santé (direction générale, CME¹(2)) et une équipe d'un secteur d'activité². Cette rencontre se déroule sur le lieu de travail et les échanges réalisés 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 et les éventuels problèmes rencontrés. L'échange est suivi de l'identification d'objectifs d'amélioration puis de la mise en place d'un plan d'action partagé pour améliorer la sécurité des patients.

« Rencontres sécurité » : une rencontre entre deux équipes

► Une « Rencontre sécurité », en établissement de santé, se caractérise par :

- une rencontre planifiée, annoncée et préparée ;
- entre une équipe conduite par des managers de la gouvernance de l'établissement (direction générale, présidence de CME, etc.) ;
- et une équipe d'un secteur (encadrement, médecins, pharmaciens, sages-femmes, auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puéricultures, ambulanciers, brancardiers, personnel administratif, etc.) ;
- durant 1 heure environ ;
- sur leur lieu de travail (unité de soins, bloc opératoire, pharmacie, laboratoire, etc.) ;
- pour observer, écouter, échanger et parler de manière ouverte et respectueuse de la sécurité des patients et des événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenus ou redoutés, quel que soit leur gravité (de l'événement porteur de risque jusqu'à l'événement indésirable grave) ;
- afin d'identifier des objectifs d'amélioration pour la sécurité des patients.

► Après cette rencontre, un compte rendu est adressé à chaque membre participant et un plan d'action et de suivi est proposé.

► Ces rencontres sont organisées régulièrement et peuvent être déployées dans les différents secteurs d'activité d'un établissement de santé.

¹ Le terme CME sera utilisé dans le guide pour la Commission médicale d'établissement (secteur public) et la conférence médicale (secteur privé).

² Même si les rencontres sécurité sont ciblées pour les unités de soins, elles sont susceptibles d'être développées dans tous les secteurs d'activité d'un établissement de santé.

La méthodologie des rencontres sécurité (ou *safety walkrounds* pour le terme anglo-saxon) fait l'objet d'une littérature en pleine croissance sur ces 10 dernières années (cf. chapitre 8 Pour en savoir plus : argumentaire scientifique). Tous les auteurs insistent sur la nécessité du portage institutionnel de la démarche (prérequis) et sur l'importance de la qualité de l'organisation pour que la rencontre sécurité soit efficace : 1/ la préparation, 2/ la rencontre et 3/ le suivi (cf. vue synthétique).



Il est nécessaire de bien cadrer **ce que sont et ne sont pas** les rencontres sécurité.

Une rencontre sécurité, c'est :

- un dispositif d'échanges et d'actions au plus près du terrain avec les équipes du secteur d'activité rencontré et l'équipe de la gouvernance ;
- un temps privilégié d'écoute, d'échange, et de réflexion, à propose de la sécurité du patient ;
- une approche organisée et pédagogique avant tout.

Une rencontre sécurité, ce n'est pas :

- un temps de revendication pour les équipes du secteur d'activité rencontré ;
- un audit, une inspection, un contrôle ou une surveillance avec une évaluation de ce qui est bien ou pas bien ;
- un moyen déguisé pour d'autres objectifs de rentabilité ou de productivité.

Positionnement des rencontres sécurité

► Les rencontres sécurité constituent une méthode au service du management :

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

2. Pourquoi un guide « Rencontres sécurité » ?

La Haute Autorité de santé (HAS) est chargée de piloter, coordonner et développer des stratégies d'amélioration de la sécurité des patients³. Parmi celle-ci, le développement de la culture sécurité des professionnels y occupe une place importante.

Plusieurs enquêtes ont été menées par la HAS (3-5) pour évaluer le niveau de culture sécurité des professionnels de santé à l'aide d'outils validés (6). Les résultats ont montré, de manière récurrente et significative, un niveau insuffisant de culture sécurité, associé à une culture punitive de l'erreur et à un manque de soutien du management. Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'enquête de la FORAP publiée en 2017 (7). Le volet culture de sécurité du projet CLARTE a permis de hiérarchiser les différentes dimensions de la culture de sécurité et a montré que la dimension « soutien du management » était la dimension racine qui soutient l'édifice de la culture de sécurité (8). Au total, même s'il est complexe, le lien entre « culture sécurité » des professionnels de santé et « sécurité des patients » existe (9), et le management y joue un rôle prépondérant (10, 11).

Lorsqu'on recherche dans la littérature scientifique internationale les actions et/ou méthodes susceptibles d'améliorer la culture de sécurité, une démarche apparaît de manière récurrente : il s'agit des *safety walkrounds*⁴. L'importance que constitue l'amélioration de la culture de sécurité associée aux peu de stratégies d'amélioration disponibles en fait en effet un sujet d'étude pertinent. Ces *safety walkrounds* sont citées et analysées dans plusieurs revues de la littérature. Deux d'entre elles citent les *safety walkrounds* comme une méthode efficace pour améliorer la culture de sécurité (12, 13) et trois autres en proposent une analyse plus détaillée (14-16). Les deux dernières revues de la littérature réalisées par des équipes françaises publiées en 2014 et 2015 concluent unanimement sur la nécessité d'élaborer les modalités précises de mise en œuvre des *safety walkrounds*, et également de mener des expérimentations afin d'évaluer leur faisabilité et leur acceptabilité en France (12-13).

Depuis ces publications, une première expérimentation en France menée en 2015 en région Rhône-Alpes a montré l'acceptabilité et la faisabilité des *safety walkrounds* en établissement de santé (17). La HAS a également réalisé en 2017 une expérimentation avec 11 établissements de santé volontaires afin d'élaborer et d'ajuster le présent guide (cf. rapport d'expérimentation).

Par ailleurs, le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013-2017 a proposé une action intitulée « Implication du management médical et paramédical dans le pilotage des démarches qualité et sécurité des soins » (action n° 44) devant permettre de « mobiliser le management sur les enjeux de sécurité », et de « manager au nom de la sécurité ».

Enfin, en janvier 2018, devant les futurs cadres supérieurs de santé, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a de nouveau insisté sur la responsabilité du management dans les établissements de santé. Ainsi, la stratégie nationale de santé 2018-2022⁵ revient sur la nécessité de contribuer au développement de la culture de sécurité, en mettant en œuvre des méthodes de management favorables à la qualité de vie au travail, en renforçant l'écoute et le sens donné au travail, en développant le travail en équipe et en valorisant l'engagement, l'expression et l'initiative des équipes médicales et soignantes et enfin en protégeant les déclarants d'un événement indésirable grave.

Il apparaît donc utile de proposer dès à présent, aux établissements qui le souhaitent, une démarche pertinente pour donner l'opportunité au management de montrer à leurs équipes leur implication dans la sécurité des patients. Il s'agit d'une démarche complétant l'ensemble des méthodes et outils déjà mis à disposition des professionnels de santé. La finalité reste l'amélioration de la sécurité des patients, et doit être intégrée dans une démarche globale de gestion des risques d'un établissement de santé.

³ Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013 - 2017.

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

⁴ Appelées aussi « *patient safety leadership walkrounds* » ou « *executive safety walkrounds* »

⁵ Stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

Le travail mené par la HAS s'inscrit dans un double objectif. D'une part, un objectif stratégique global de mobilisation du management sur les enjeux de sécurité et d'autre part, un objectif opérationnel de management au nom de la sécurité.

Le travail sur les rencontres sécurité a fait l'objet de 2 documents :

- ▶ le présent document « guide méthodologique et outils » qui détaille la méthode de mise en œuvre des rencontres sécurité ainsi que les outils pour aider à la déployer,
- ▶ un « rapport d'expérimentation », présentant les résultats d'une expérimentation menée par la HAS avec 11 établissements de santé volontaires est également disponible.



Ces deux documents sont téléchargeables à partir du site Internet de la HAS.

Note : la traduction française adoptée par le groupe de travail pour les termes « *safety walkrounds* » est : « rencontres sécurité ». Le terme « rencontre » sera également employé dans le texte.

3. Comment réaliser des « Rencontres sécurité » ?

Avant de pouvoir mettre en œuvre les rencontres sécurité, des prérequis sont indispensables, notamment l'engagement de la gouvernance de l'établissement. La mise en œuvre des rencontres comporte ensuite trois temps : la préparation, la rencontre proprement dite, et le suivi (cf. Tableau 1). Chaque étape décrite est accompagnée d'outils pour faciliter le déploiement et la mise en œuvre des rencontres (cf. Chapitre 6)

Tableau 1 : Étapes et points clés d'une rencontre sécurité

<p>Prérequis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Engagement de la gouvernance Identifier le pilote du projet (par exemple, le gestionnaire des risques ou le responsable qualité et gestion des risques) Identifier les secteurs d'activité à rencontrer et établir le planning annuel des rencontres sécurité Faire une réunion préparatoire d'information/formation entre les membres de la gouvernance Mener des actions de communication et d'information générales (optionnel) Réaliser une enquête culture de sécurité auprès des équipes du secteur d'activité rencontré
<p>Préparation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identifier l'équipe représentant la gouvernance de l'établissement de santé (<i>a minima</i> directeur général ou son représentant et président de la CME ou son représentant) Identifier le(s) correspondant(s) l'équipe du secteur d'activité rencontré (par exemple, cadre de proximité, médecin, personnel référent) Organiser la rencontre (planification, invitation, etc.) Identifier des thématiques liées à la sécurité du patient qui pourraient être abordées lors de la rencontre, le cas échéant Informers et communiquer auprès de tous les membres de l'équipe du secteur : newsletters, affiches, brochure, etc. Confirmer la date et l'heure une semaine avant la rencontre
<p>Rencontre (1 h environ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des équipes : secteur d'activité rencontré et gouvernance Visite des locaux du secteur d'activité, le cas échéant Échanges entre les équipes (sécurité, culture de sécurité, amélioration) Identifier des objectifs et des actions d'amélioration de la sécurité des patients Remerciements aux participants
<p>Suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'un débriefing juste après la rencontre par le pilote avec chacune des deux équipes, le cas échéant Retour rapide dans les 24 h aux membres de l'équipe du secteur d'activité rencontré, sous la forme d'un mail de remerciement par exemple Envoi du compte rendu, dans la semaine qui suit la rencontre, à chaque membre de l'équipe du secteur d'activité rencontré Suivi régulier des actions mises en œuvre Communication et diffusion de la démarche Suivi du déploiement des rencontres dans l'établissement de santé

Une vue synthétique illustrée est téléchargeable sur le site de la Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr



3.1. Prérequis

► Prérequis 1 : Engagement de la gouvernance et affichage officiel de son intérêt

Il est indispensable que la mise en œuvre de ces rencontres dans un établissement s'inscrive dans un plan global d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQSS). Tous les acteurs doivent comprendre comment cette démarche s'articule avec les autres actions du PAQSS, quels en sont les objectifs et pourquoi il est important de s'y engager. Au niveau des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), la démarche peut être intégrée dans les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du projet médical partagé (cf. décret 2016-524 du 27 avril 2016).

Un effort de communication en amont est à produire pour expliquer comment et pourquoi la mise en œuvre de Rencontres sécurité va permettre de développer la culture sécurité et va contribuer à mieux prévenir et éviter les événements indésirables. Les modalités de déploiements de ces rencontres doivent être annoncées ainsi que l'objectif de résultats visé (cf. **Outil 1 : Brochure d'information « Rencontres sécurité »**). La brochure d'information est aussi bien à destination des équipes du secteur d'activité que des équipes de la gouvernance pour s'approprier la démarche.

Ces rencontres ont pour objectif stratégique de mobiliser le management sur les enjeux de sécurité, et comme objectif opérationnel de mettre en œuvre des rencontres de proximité sur ce sujet entre les dirigeants de l'établissement et les équipes du secteur d'activité rencontré. **Le portage de la démarche par la gouvernance est un facteur clé de succès.**



► Prérequis 2 : Identification du pilote du projet

L'identification d'un **pilote du projet**, référent de la méthode, est recommandée. Il est chargé de la supervision de l'organisation de la rencontre. Lors de la rencontre, il est observateur. Il aura notamment pour rôles de participer à la réunion préparatoire d'information/formation entre les membres de l'équipe de gouvernance et d'assurer la communication avec les équipes du secteur d'activité rencontré.

Le pilote du projet peut être le gestionnaire des risques, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ou le responsable qualité et gestion des risques de l'établissement.

► Prérequis 3 : Identification des secteurs d'activité à rencontrer et élaboration du planning annuel des rencontres sécurité

L'identification des secteurs d'activité à rencontrer doit être questionnée en amont. Il peut s'agir de secteurs volontaires, de services en difficulté ou encore de services ayant déjà bénéficié de rencontres sécurité afin d'observer l'évolution de la sécurité des patients.

Le pilote établit un calendrier annuel des rencontres sécurité entre la gouvernance et le secteur d'activité et/ou l'unité concernée.

► Prérequis 4 : Formation et information de la gouvernance

Une **réunion préparatoire d'information/formation** entre les membres de l'équipe de gouvernance pour s'approprier la démarche et partager les objectifs est recommandée (cf. **Outil 2 : Support pédagogique de présentation des « Rencontres sécurité »**). Cette réunion doit permettre à l'équipe de gouvernance d'avoir une vision globale du niveau de qualité et sécurité des unités concernées (certification, résultats indicateurs, niveau de culture sécurité, nombre et typologie des EI et EIGS signalés) ainsi que les plans d'action réalisés ou en cours.

À l'issue de cette réunion un courrier cosigné par le directeur général et le président de CME, présentant la démarche et témoignant de leur engagement dans celle-ci, est adressé aux membres de l'équipe du secteur d'activité rencontré (cf. **Outil 3 : Proposition de courrier d'information et d'engagement**).

► Prérequis 5 : Actions de communication

Des actions de communication doivent être conduites de manière collective auprès :

- de la direction et de la CME ;
- du GHT, le cas échéant ;
- du comité de pilotage (COFIL) qualité et gestion des risques ;
- des conseils de pôle ;
- de l'encadrement de proximité ;
- des instances : comité technique d'établissement (CTE)⁶, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), commission des usagers (CDU), commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), conseil de surveillance (CS).

L'ensemble de ces actions de communication doit être relayé dans les secteurs d'activité où vont avoir lieu les rencontres par :

- les cadres médico-soignants de pôle et de l'unité concernée ;
- les référents qualité de l'unité ;
- la cellule qualité et gestion des risques.

Cette action relais est primordiale pour que l'encadrement soit partie prenante de ces rencontres et favorise une réceptivité maximale des équipes vis-à-vis de la démarche sur le terrain.

Ces explications doivent permettre également de désamorcer toute inquiétude quant à une inspection, audit, contrôle, ou autres.

► Optionnel : Enquête culture de sécurité

L'établissement de santé peut décider en amont de réaliser une enquête ayant pour objectif d'évaluer la culture de sécurité⁷ dans le secteur d'activité concerné par la rencontre. Bien que cette enquête soit optionnelle dans la réalisation des rencontres sécurité, elle est très utile pour mesurer l'évolution de la culture de sécurité et l'impact des rencontres sécurité sur celle-ci (enquête à renouveler tous les 2 à 3 ans).



Conseils

- Favoriser un déploiement progressif des rencontres sécurité en commençant par quelques unités pilotes.
- Privilégier le volontariat et miser sur l'effet « cercle vertueux » en capitalisant sur les atouts et les résultats positifs obtenus, sans imposer la démarche dans les unités qui la rejettent.

⁶ Les instances CHSCT et CTE vont fusionner en comité social et économique (CSE) selon l'Ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales.

⁷ L'outil de référence est le questionnaire développé par l'AHRQ "Hospital Survey On Patient Safety Culture". La HAS rédige un guide d'utilisation et d'appropriation des enquêtes de culture sécurité (échéance fin 2018).

3.2. Préparation des rencontres sécurité

► Enjeux

- S'approprier les objectifs de la rencontre.
- Planifier et organiser la rencontre.

► Méthode



Identification de l'équipe issue de la gouvernance de l'établissement de santé

Afin de démontrer l'engagement des personnels dirigeants, l'équipe qui participe à cette rencontre doit être composée du top management de l'établissement.

Cette équipe comporte au minimum deux personnes : le directeur général de l'établissement de santé ou son représentant désigné par lui (par exemple : directeur général adjoint, directeur des soins, etc.) et le président de la CME ou son représentant désigné par lui (vice-président de la CME ou membre du bureau de la CME, etc.). Le plus haut niveau de représentation de l'établissement est souhaitable. Si le directeur général et le président de CME ne peuvent pas être présents à toutes les rencontres, il est demandé que ceux-ci initient et participent à quelques rencontres.

Quel que soit le niveau de représentation choisi, une équipe mixte représentant la gouvernance de l'établissement et associant directeurs et médecins est indispensable. Pour des raisons de faisabilité la composition de cette équipe peut varier d'une rencontre à l'autre mais sa mixité (direction et CME) doit être respectée.



Identification du(des) correspondant(s) de l'équipe du secteur d'activité rencontré

Le(les) correspondant(s) pour la rencontre est(sont) identifié(s) au sein de l'équipe du secteur d'activité rencontré. Il peut s'agir notamment de cadres de proximité, médecins, personnels référents (appelé(s) « correspondant(s) équipe du secteur d'activité rencontré » dans la suite du document).

Quel(s) que soi(en)t le(s) correspondant(s) choisi(s), les cadres de proximité, responsables/référents constituent un maillon très important dans l'organisation de ces rencontres. Ils doivent nécessairement être impliqués.

Organisation de la rencontre sécurité

Il est recommandé que les rencontres au sein d'un établissement de santé soient organisées par le pilote. Il doit contacter l'équipe du secteur d'activité rencontré et son (ses) correspondant(s) pour déterminer le moment opportun et avoir le maximum de participants, planifier (date et heure, en privilégiant une période de relève qui permet d'impliquer deux équipes), tracer et suivre les rencontres.

L'ensemble de l'équipe du secteur d'activité est concerné et invité à la rencontre, c'est-à-dire : encadrement, médecins, pharmaciens, sages-femmes, auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puéricultures, ambulanciers, brancardiers, personnel administratif, etc.

Dans le cas d'une équipe d'effectif important, pour allier faisabilité et efficacité de la démarche, plusieurs rencontres sécurité peuvent être envisagées afin de rencontrer le maximum de professionnels.

Un rythme d'au moins une rencontre par an et par secteur d'activité démontre que la démarche est intégrée dans le fonctionnement habituel de l'établissement et pérenne. Idéalement tous les secteurs d'activité d'un établissement qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier d'au moins une rencontre par an.

Sauf cas de force majeure, l'équipe de gouvernance ne peut pas annuler une rencontre qui a été programmée. En cas d'indisponibilité d'un membre de l'équipe de gouvernance, un suppléant doit être prévu.

Identification des thématiques liées à la sécurité

Une préparation avec identification des sujets à aborder lors de la rencontre est recommandée. Les sujets sont identifiés par les équipes du secteur rencontrés. La gouvernance peut proposer certains sujets.

Les sujets sont cadrés par le pilote, partagés avant la rencontre, et les deux parties sont d'accord pour en parler.

De façon générale, les thèmes pouvant servir à alimenter la discussion lors des rencontres peuvent être les EIAS survenus ou redoutés, les problèmes rencontrés en termes de sécurité, mais également les points forts du secteur d'activité en termes de sécurité, ou encore les résultats d'une enquête culture sécurité si elle a été réalisée.

On peut penser que pour une première rencontre, une préparation plus importante sera nécessaire par rapport à une rencontre organisée avec des équipes rompues à la démarche.

Information et communication

L'information autour de ces rencontres est essentielle pour impliquer les équipes dans les objectifs et le déroulement de la rencontre. Une diffusion de l'information dans les outils de communications de l'institution (newsletters, intranet) peut être envisagée. L'utilisation d'affiches pour annoncer la rencontre (**cf. Outil 5 : Proposition d'affiche**) et/ou la distribution de brochure d'information (**cf. Outil 1 : Brochure d'information « Rencontres sécurité »**) (par exemple accompagnant le bulletin de salaire) peuvent également être effectuées.

Le pilote du projet peut également rencontrer préalablement les équipes pour une information sur le déroulement de ces rencontres et répondre aux questions posées, notamment au début du déploiement de la démarche dans l'établissement.

La réussite des premières rencontres dans les établissements est évidemment primordiale pour la diffusion dans l'établissement et le déploiement ultérieur de la démarche.

Des actions de communication individuelle auprès de chaque agent doivent aussi être mises en place par exemple par un article dans le journal interne de l'établissement qui est diffusé à chacun par exemple ou en envoyant le courrier cosigné par le directeur général et le président de CME (**cf. Outil 4 : Proposition de courrier d'invitation**) à chaque membre du personnel.

Confirmation

Il est conseillé au pilote du projet de contacter une semaine avant la date de la rencontre le(s) correspondant(s) de l'équipe du secteur d'activité et l'équipe de gouvernance pour rappeler le calendrier, l'objectif de la rencontre et s'assurer que toute l'équipe du secteur d'activité a été informée.

► Écueils à éviter

Certains écueils doivent être évités :

- Les mots sont importants pour qualifier la démarche : éviter les termes d'audit, de contrôle, qui peuvent être connotés péjorativement soit parce qu'ils évoquent une évaluation ou une inspection, soit parce qu'ils peuvent faire référence à une démarche purement bureaucratique.
- La litanie des doléances : bien cadrer ce qu'est une rencontre sécurité. Ce n'est pas un lieu de revendications pour obtenir des moyens supplémentaires. Il s'agit d'échanger sur la sécurité des patients telle qu'elle est mise en œuvre au quotidien avec les moyens qui sont alloués.
- L'identification des thèmes de discussion ne peut pas être imposée par la gouvernance. Le choix des sujets doit être d'abord celui de l'équipe, cadré par le pilote ou les correspondants qui ont bien compris les sujets

qui n'ont pas leur place dans les rencontres. Le directeur doit être informé auparavant par le pilote afin de pouvoir se préparer mais pas pour valider les sujets.

- La mise à l'écart de l'encadrement de proximité : le temps de préparation de la rencontre doit s'effectuer en amont avec les membres de l'encadrement de proximité de manière à les associer complètement à la démarche, et à l'inscrire dans la démarche qualité/risque de l'unité. Les cadres de proximité, responsables/référents ne doivent pas se sentir court-circuités par une démarche directe de la gouvernance auprès des équipes de soins.
- La délégation par la gouvernance de la rencontre : la participation du top management est impérative, c'est le levier majeur de mobilisation. Dans les établissements multisites il est recommandé que des membres des équipes de gouvernance du siège se déplacent.



3.3. Déroulement de la rencontre (1 heure environ)

► Enjeux

- Écouter, échanger, reformuler et partager sur la sécurité des patients sur leur lieu de travail, entre gouvernance et équipes du secteur d'activité.
- Valoriser l'équipe rencontrée et le travail réalisé.
- Solliciter les cadres de proximité, responsables/référents.
- Identifier 1 à 3 objectifs d'amélioration en matière de sécurité des patients.
- Proscrire les jugements de valeur ou de personnes.

► Méthode

Le pilote et les deux équipes s'accordent sur le déroulement de la rencontre (cf. **Outil 6 : Fiche mémo**).



Présentation des équipes (5 minutes environ)

La rencontre se déroule entre les membres de l'équipe issue de la gouvernance et les membres de l'équipe du secteur d'activité présents le jour de la rencontre. Pour des raisons de faisabilité il paraît évident que tous les membres de l'équipe du secteur d'activité ne pourront pas être présents simultanément le jour de la rencontre, cependant le(s) correspondant(s) équipe du secteur d'activité rencontré s'assurera(ont) qu'il existe au moins une représentation de chaque corps professionnel et discipline du secteur d'activité le jour de la rencontre.

Il peut être opportun de réaliser la rencontre avec l'équipe de soins pendant la relève à laquelle se joignent ceux qui ont pu se libérer.

Chaque participant se présente en indiquant sa fonction.

L'équipe de la gouvernance doit rappeler au début de la rencontre :

- l'objectif : identifier les problèmes ressentis par l'équipe en lien avec la sécurité du patient ;
- les conditions de l'échange : confidentialité des propos, écoute active et discussion ouverte. Il est important de rappeler que cette rencontre ne constitue en aucun cas un contrôle ou une inspection.

Lors d'une deuxième rencontre du même secteur d'activité, il semble important d'évoquer le suivi de la précédente (cf. **recto Outil 6 : Fiche mémo**).

Visite des locaux du secteur d'activité (optionnelle)

Une visite, même brève, des lieux constituant le secteur d'activité est conseillée afin de se rendre compte de l'environnement de travail. Dans le cas d'équipes connaissant très bien les lieux, il peut être choisi de ne pas réaliser cette visite. L'absence de réalisation de visite doit être opérée en accord avec les équipes du secteur d'activité.

De plus, le moment de cette visite peut être envisagé avant ou après le temps d'échanges. Il peut être intéressant de discuter sur certains points abordés lors de la rencontre au décours de la visite. Les deux façons de faire sont possibles.

Quel que soit le choix retenu, la visite se déroule de manière « apprenante » en demandant des explications aux professionnels, en sollicitant des précisions, des informations complémentaires sur l'organisation, la raison pour laquelle cela se déroule ainsi, etc.

Une rencontre avec des patients peut être envisagée en accord avec les deux équipes et les patients.



Échanges entre les équipes (50 minutes environ)

Un support pour faciliter les échanges est proposé en annexe (cf. **verso Outil 6 : Fiche mémo**).

Il est important qu'une discussion ouverte soit encouragée. L'équipe de la gouvernance cible ses échanges en priorité sur trois champs :

– la sécurité des patients :

Par exemple, parler des EIAS survenus, quelle que soit leur gravité, et plus généralement des problèmes rencontrés au sein du secteur d'activité concernant la sécurité des patients.

– la culture sécurité :

Par exemple, évoquer les valeurs, croyances et comportements partagés par l'équipe au sein du secteur d'activité et qui contribuent à la sécurité des patients (déclaration et analyse des EIAS, check-list, double contrôle, etc.).

– l'amélioration.

Par exemple, interroger sur les actions et changements qui pourraient être menés afin d'améliorer la sécurité des patients et l'efficacité de ces rencontres.

Ces trois champs peuvent être complétés par des focus plus précis comme le travail en équipe, la communication, l'environnement de travail et la sécurité des professionnels, ou encore un contexte local particulier.

Les échanges doivent se dérouler au sein du secteur d'activité mais afin de ne pas gêner un soin en cours, ils peuvent se poursuivre dans un lieu adapté le plus proche possible du secteur d'activité (office, chambre de patient vide, salle de réunion, etc.).



Fin de la rencontre (5 minutes environ)

À la fin des échanges, **les deux équipes** :

- identifient les bonnes pratiques de sécurité ;
- identifient les problèmes rencontrés liés à la sécurité du patient ainsi que des objectifs d'amélioration à mettre en œuvre (de 1 à 3 au maximum pour des raisons de faisabilité) ;
- identifient éventuellement des actions qui peuvent être mises en œuvre immédiatement (dès la fin de la rencontre).

La rencontre peut se terminer sur la question finale suivante posée par l'équipe de la gouvernance : « Y a-t-il quelque chose d'autre dont vous aimeriez parler avant de terminer cette rencontre ? N'hésitez pas, nous avons le temps d'en parler ensemble. ». Puis l'équipe de la gouvernance clôt la rencontre par des remerciements aux participants pour les échanges réalisés et leur disponibilité.

Ce que l'on attend des rencontres sécurité, c'est le partage des visions entre deux équipes (secteur d'activité rencontré et gouvernance). Pour cela, la gouvernance écoute les problèmes identifiés, en matière de sécurité du patient, par l'équipe de terrain et les comprend. Comme dans toute démarche « Lean », l'équipe de terrain doit pouvoir exprimer ses propositions de solution. Elles peuvent ainsi être discutées entre les deux équipes, et la gouvernance peut, le cas échéant, expliquer les limites de faisabilité de certaines. Ainsi, les deux équipes peuvent vraiment partager une même vision des problèmes et de leur résolution.

► Écueils à éviter

Certains écueils doivent être évités :

- Le monopole de la parole par l'équipe de gouvernance ou par quelques-uns : garantir la liberté de parole de l'équipe est primordial. Il ne s'agit pas d'un exposé magistral d'une seule personne. Il faut savoir susciter les interventions des professionnels, démontrer une attitude d'écoute active.
- La rencontre qui tourne à l'inspection, à la leçon : au contraire il s'agit de donner du sens, d'interroger le terrain pour conduire à un questionnement réflexif. Les questions doivent être ouvertes et commencer par : est-ce que ? pourquoi ? comment ? Il s'agit de faire émerger les solutions de l'équipe du secteur d'activité. Il n'y a pas d'exemple à donner, ni de comparaison à faire, l'unique perspective est d'écouter et de recueillir de l'information et de favoriser la progression de la réflexion collective en renvoyant le questionnement et soulignant les démarches et progrès déjà enregistrés.
- La discussion à bâtons rompus qui tourne en rond : tenir l'engagement horaire de 1 heure environ est un impératif par respect des obligations de chacun. Le pilote peut recadrer si nécessaire afin d'éviter l'enlisement des discussions, ou la dérive sur d'autres sujets. La préparation de la réunion doit garantir la relance pertinente des propos pour faire émerger les actions de progrès.
- Une équipe de gouvernance trop nombreuse dans un secteur d'activité : le nombre de personnes qui vient à la rencontre des équipes sur le thème de la sécurité des patients ne doit pas être pléthorique car sinon cela va solenniser la démarche et lui faire perdre de son caractère direct et empêcher un réel échange. Une équipe de gouvernance composée de 3 à 5 personnes semble bien adaptée.
- La définition de nombreux objectifs ou d'objectifs trop ambitieux : cela risque d'engendrer du découragement de la part des équipes ou l'impossibilité de progrès rapides et perceptibles. Les sujets à traiter doivent être concrets et à destination de l'unité et/ou du secteur d'activité.



3.4. Suivi des Rencontres sécurité

► Enjeux

- Tracer le relevé de conclusions de la rencontre.
- Permettre le suivi et le partage du plan d'action.
- Inciter à poursuivre la démarche.

► Méthode

Juste après la rencontre, le pilote peut débriefing à « chaud » avec chacune des équipes si elle le souhaite.

Dans les 24 heures suivant la rencontre, un retour rapide, pouvant prendre la forme d'un mail de remerciements, est envoyé par la gouvernance aux membres de l'équipe du secteur d'activité rencontré (**cf. Outil 7 : Proposition de courrier dans les 24 heures après la rencontre**).

Dans la semaine qui suit la rencontre, un compte rendu est rédigé par le pilote, et validé par l'équipe de la gouvernance, le(s) correspondant(s) de l'équipe du secteur d'activité rencontré et les cadres de proximité, responsables/référents. Il est envoyé à chaque membre de l'équipe du secteur d'activité rencontré (**cf. Outil 8 : Proposition de compte rendu** (dans la semaine qui suit la rencontre)).

Ce compte-rendu permet de :

- tirer les enseignements de la rencontre et d'identifier les points forts et les problèmes liés à la sécurité du patient ;
- identifier des objectifs d'amélioration en termes de sécurité pour les patients ;
- proposer un plan d'action et son suivi.

Le suivi régulier des actions mises en œuvre est organisé et tracé selon des modalités adaptées au secteur d'activité (réunions de débriefing, suivi d'indicateurs, etc.). Une fiche action est rédigée (**cf. Outil 9 : Proposition de fiche action (1 fiche par action)**). Les actions mises en œuvre doivent s'inscrire dans les programmes d'amélioration et dispositifs de qualité des soins et sécurité du patient préexistants, et notamment le PAQSS de l'établissement. Les membres de l'équipe du secteur d'activité rencontré et de l'équipe de gouvernance sont informés régulièrement de l'avancée des travaux. Les cadres de proximité, responsables/référents sont impliqués. Une nouvelle rencontre à distance peut être organisée pour faire le point de l'avancée des travaux.

Une communication et une diffusion de la démarche sont prévues. Les instances de l'établissement (direction, CME, commission des usagers, etc.) sont informées des secteurs d'activité qui ont volontairement adhéré et participé à la démarche. Celle-ci est inscrite dans le compte qualité de l'établissement (certification HAS). Tous les ans les rencontres réalisées font l'objet d'une édition spéciale et de médiatisation dans l'établissement ou au-delà (GHT par exemple), permettant de répertorier les démarches conduites et les résultats obtenus dans une volonté de valorisation et de partage d'expériences. Enfin, les professionnels ayant participé aux rencontres sécurité sont encouragés à en parler autour d'eux.

► Écueils à éviter

Deux principaux écueils sont à éviter :

- L'absence de suite donnée à la rencontre sécurité de la part de la gouvernance. En effet, il est indispensable pour la réussite de la démarche de montrer que celle-ci a permis de résoudre les problèmes liés à la sécurité des patients identifiés lors de la rencontre.
- La mise en œuvre du plan d'action au travers de travaux supplémentaires non intégrés aux programmes d'amélioration et dispositifs de qualité des soins et sécurité du patient préexistants.

4. Comment évaluer la démarche « Rencontres sécurité » ?

L'évaluation de la démarche est indispensable pour déterminer l'impact de celle-ci et suivre l'évolution de la sécurité des patients.

Cette évaluation est coordonnée par le pilote. Elle peut être réalisée en équipe, en impliquant notamment les acteurs engagés dans la démarche (pilote, correspondant(s) équipe secteur d'activité et gouvernance).

Le groupe projet peut discuter et évaluer la démarche à partir des données suivantes (liste non exhaustive) :

- le nombre de rencontres annuelles réalisées ;
- la participation aux rencontres ;
- la représentation des professionnels ;
- le nombre d'actions identifiées, en cours et réalisées ;
- le nombre de déclarations d'EIAS ;
- la proportion de professionnels ayant fait au moins un signalement d'EIAS dans les 12 mois ;
- les plaintes et les réclamations ;
- le renouvellement de l'enquête culture sécurité tous les 2 à 3 ans, si l'établissement a choisi d'en réaliser une initialement ;
- le nombre de secteurs d'activité de l'établissement où les rencontres sont déployées, le nombre de secteurs d'activités couverts, etc.

Le groupe projet aborde ainsi une réflexion sur les forces et faiblesses de la démarche. Il peut questionner les actions d'amélioration à mettre en place et décidées par les deux équipes. Il peut également questionner le développement de la démarche « Rencontres sécurité », et son déploiement à venir par exemple choisir entre un déploiement progressif dans l'établissement sur le mode du volontariat, une priorité donnée aux services en difficultés ou encore un déploiement total dans tous les secteurs d'activité de l'établissement.

5. Conclusions et perspectives

Ce guide méthodologique et les outils associés doivent permettre de développer des rencontres sécurité dans les établissements de santé pour mobiliser le management sur les enjeux de sécurité et manager au nom de la sécurité.

Malgré la simplicité apparente de la méthode, il ne s'agit pas d'une solution simpliste. La démarche implique un état d'esprit (engagement, compréhension, partenariat) et un degré de détermination plus profonds que le simple respect rigoureux d'un protocole ou d'une procédure.

Selon Singer (18), la « recette » du succès des rencontres sécurité comporte trois « ingrédients » :

- 1- l'attitude et les actions des leaders avec une présence et une écoute active. Les cadres dirigeants doivent démontrer publiquement leur soutien clair et authentique aux objectifs des rencontres de sécurité ;
- 2- une démarche devant être portée, organisée et institutionnalisée ;
- 3- la prise en compte des contextes : l'organisation du management de proximité, la culture sécurité, le développement simultané d'autres démarches, etc.

Pour l'application en France, les enseignements tirés de l'expérimentation HAS montrent que les clés du succès sont de surcroît d'intégrer les plans d'action aux programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins préexistants dans les établissements et d'impliquer les cadres de proximité, responsables/référents.

Les revues de la littérature des équipes de Taravella et Michel (15) et Girerd-Genessay et Michel (16) insistent sur la nécessité de mener des expérimentations pour évaluer la faisabilité et l'acceptabilité des *safety walkrounds* en France. Les deux expérimentations sur les rencontres sécurité menées en France (HAS 2017 et CEPBRAAL 2015) dans 22 établissements de santé au total concluent toutes les deux à l'intérêt et à la faisabilité de telles démarches. Une particularité de l'expérimentation menée par la HAS a été de proposer la mixité dans la composition de l'équipe de la gouvernance en incluant la direction générale et la présidence de la commission médicale d'établissement. Cette composition a été suivie et n'a pas été remise en cause lors de l'expérimentation.

Le **guide méthodologique** et les outils développés devraient permettre le déploiement des rencontres sécurité sur l'ensemble du territoire national et contribuer au développement plus global de la culture de sécurité.

Le **rapport d'expérimentation** est disponible dans un document séparé téléchargeable sur le site de la Haute Autorité de santé.

6. Outils pour faciliter le déploiement et la mise en œuvre de rencontres sécurité

Présentation et utilisation

Différents outils sont proposés pour aider à la mise en place de la démarche selon les différents temps de la rencontre sécurité (avant, pendant, après).

Avant la rencontre

- Outil 1 : Brochure d'information « Rencontres sécurité »
- Outil 2 : Support pédagogique de présentation des « Rencontres sécurité »
- Outil 3 : Proposition de courrier d'information et d'engagement
- Outil 4 : Proposition de courrier d'invitation
- Outil 5 : Proposition d'affiche
- Outil 6 : Fiche mémo

Pendant la rencontre

- Outil 6 : Fiche mémo

Après la rencontre

- Outil 7 : Proposition de courrier dans les 24 heures après la rencontre
- Outil 8 : Proposition de compte rendu (dans la semaine qui suit la rencontre)
- Outil 9 : Proposition de fiche action (1 fiche par action)

Note : ces outils ne sont pas exhaustifs. Les outils constituent une aide et pourront notamment faire l'objet d'adaptations, de rajout en fonction du secteur d'activité.

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 proposer 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.

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 précoce 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.

Quand ?

Les rencontres sécurité sont planifiées, programmées et annoncées.

Environ une rencontre par an et par secteur d'activité.

Un déploiement progressif dans l'établissement sur le mode du volontariat est conseillé.

Une évaluation, a posteriori, des points forts, points faibles et des actions d'amélioration doit être menée.

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 a minima) et le(s) correspondant(s) de l'équipe du secteur d'activité (par exemple cadre de proximité, médecin, personnel référent, etc.) sont identifiés.



L'organisation de la démarche (coordination, planification, invitations, confirmation date et heure, etc.) est assurée par le pilote en impliquant les cadres de proximité, responsables/référents.

L'identification, au préalable, des sujets à aborder lors de la rencontre est recommandée.

Des actions de communication (newsletter, affiche, brochure) auprès de tous les membres de l'équipe du secteur d'activité rencontré sont essentielles.

■ Déroulement de la rencontre

C'est la rencontre entre les membres de l'équipe mixte (DG/CME) issue de la gouvernance et les membres de l'équipe du secteur d'activité visité présents le jour de la rencontre sur leur lieu d'activité.

Il s'agit :

- d'échanger sur la sécurité des patients pour identifier des problèmes liés à celle-ci ;

- et d'identifier des objectifs et des actions d'améliorations possibles.

La rencontre peut être complétée par une visite des locaux et, si les deux équipes le souhaitent, des patients peuvent être rencontrés avec leur accord.

■ Suivi de la démarche

Après la rencontre un retour rapide puis un compte rendu sont adressés à chaque membre de l'équipe du secteur d'activité visité et aux cadres de proximité, responsables/référents.

La rencontre est suivie de la mise en place d'un plan d'action intégré au plan global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement (PAQSS) partagé pour améliorer la sécurité des patients.

→ Pour plus de détails, consulter le guide HAS téléchargeable sur www.has-sante.fr

Pour en savoir plus

La démarche managériale des rencontres sécurité, prend son origine dans l'industrie où elle est utilisée par de nombreuses entreprises de taille mondiale pour améliorer leur performance. Elle correspond aux *gemba walks* du *Lean management* et peut également être rapprochée du MBWA (*management by walking around*) préconisé et mis en œuvre par Hewlett Packard.

Elle a été transposée en santé par l'équipe du Dr Allan Frankel (Boston, USA) en développant les *patient safety leadership walkrounds*. Un article de référence publié en 2003 en expose les principes, les concepts et les conditions de réalisation en santé¹.

Il s'agit pour le management d'être à l'écoute et de se rendre compte *in situ* de la situation réelle et des problèmes rencontrés par les équipes.

En santé, deux revues de la littérature récentes font le point sur cette démarche particulièrement intéressante et encore peu développée en France^{2,3}.

Plusieurs études ont montré son efficacité, notamment en termes d'amélioration de la culture de sécurité des équipes grâce à l'implication du top management d'un établissement de santé. Cela est d'autant plus intéressant car, dans le cadre de réalisation d'enquêtes culture de sécurité, on observe fréquemment que la dimension « soutien du management », racine de la culture de sécurité, est souvent une dimension qui peut être améliorée.

Plusieurs pays (USA, Royaume-Uni, Irlande, etc.) ont mis en œuvre à grande échelle cette démarche et l'ont même intégrée dans la formation des dirigeants des établissements de santé. À cette occasion des guides de mise en œuvre très didactiques ont été élaborés (IHI, NHS, AHRQ, *Joint Commission*, etc.).

Les mêmes auteurs signalent cependant quelques précautions d'emploi pour que cette démarche soit efficace. Une rencontre sécurité nécessite une préparation, une organisation ainsi qu'un suivi soigneux et un engagement des managers. Une vision simpliste est à éviter et elle doit être suivie d'actions d'amélioration. Il est conseillé de commencer avec quelques équipes motivées et volontaires pour un déploiement progressif.

1. Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29(1):16.

2. Sara J Singer S.J., Anita L. Tucker A.L. The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf* 2014;23:799-800.

3. Taravella F, Michel P. Les rencontres sécurité des soins, une revue de la littérature. *Risques et Qualité* 2014; 11:64-70.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Cette brochure d'information est téléchargeable sur le site de la Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr

Outil 2 : Support pédagogique de présentation des « Rencontres sécurité »


 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

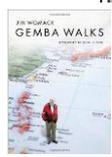
Rencontres sécurité

SÉCURITÉ DU PATIENT
... GÉRER LES RISQUES

Quelle origine ?

- Origine industrielle → **GEMBA WALK**
Gemba = là où se trouve la réalité
 = le lieu de travail (*workplace*)
 = atelier unité de soins, bloc opératoire
- Méthode managériale → Lean (*Fujio Cho, Toyota*)
 - aller voir (*go and see*)
 - demander pourquoi (*ask why*) ?
 - montrer du respect (*show respect*)

« Le manager se rend sur le terrain pour se rendre compte *in situ* de la situation réelle »



現場

IHI

2

Et en santé ?

- Adaptation de la méthode en 2003
- littérature scientifique en croissance



in Jt Comm J Qual Saf 2003

Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review

Romita Tomaso Morillo,¹ Judy A. Loufthan,¹ Anna Lucia Barker,¹ Rosemary McGinness,¹ David Dunk,² Caroline Brand²

in BMJ Qual Saf 2013

Les rencontres de sécurité des soins, une revue de la littérature

R. Tassinak, P. Michel

in Risques et Qualité 2014

The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages

Sara J. Singer,^{1,2} Anita L. Tucker³

in BMJ Qual Saf 2014

3

De quoi s'agit-il en pratique ?

- une rencontre annoncée et préparée
- avec des managers de haut niveau de l'établissement
 DG, DGA, président de CME, directeur des soins, ...
- qui rencontrent pendant ~ 1 heure
- des équipes de professionnels
 cadres de santé, IDE, médecins, aide soignants, brancardiers, personnel administratif...
- sur leur lieu de travail (*GEMBA*)
 unité de soins, bloc opératoire, pharmacie, laboratoires, ...
- pour observer, écouter et parler de manière ouverte et respectueuse de la **sécurité** des patients et des **EIAS**, quelle que soit leur gravité (EPR → EIG)

4

Pourquoi l'utiliser ?

- Promouvoir la culture de sécurité reposant sur la confiance et l'écoute
- Montrer l'engagement des personnels dirigeants sur les thématiques de sécurité
- Faciliter la communication entre la gouvernance et les équipes des secteurs d'activité rencontrés
- Encourager une déclaration plus précoce des EIAS
- Identifier sur le terrain des éléments présentant un risque pour la sécurité du patient
- Mener des actions d'amélioration pour la sécurité du patient

5

Quand l'utiliser ?

- Environ 1 fois par an et par secteur d'activité
- Sur la base du volontariat
- Avec un déploiement progressif dans l'établissement de santé

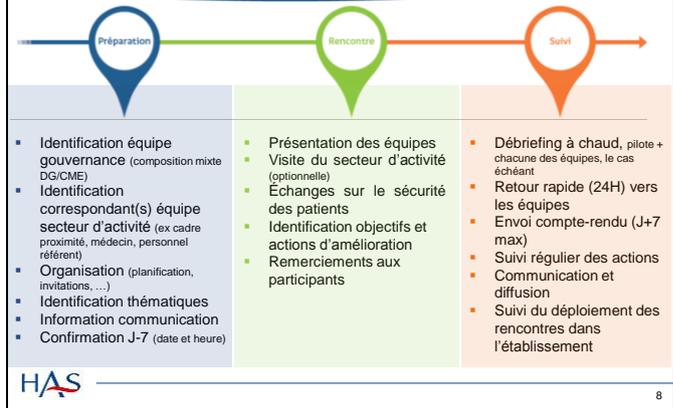
6

Comment faire ?



- ☑ Engagement institutionnel affiché
- ☑ Identification d'un pilote (ex GdR)
- ☑ Formation et information de la gouvernance
- ☑ Identification secteurs d'activité et planification annuelle des rencontres sécurité
- ☑ Actions de communication générale
- ☑ Enquête culture sécurité auprès des équipes du secteur d'activité (Optionnel)

Comment faire ?



Quels écueils à éviter ?

- il ne s'agit **pas** d'un audit, d'un contrôle ou d'une inspection
 - vision simpliste à éviter
« I think we should just listen and get out ! » (Rotteau, 2014)
- ➔ peu d'effet, voire même contre-productif (Singer, 2013)

Quels sont les points clés ?

- Portage institutionnel et engagement des managers
- Implication des cadres intermédiaires
- Qualité de l'organisation (préparation / visite / suivi)
« Walkround is not walk in the park ! »
- Discussion ouverte, non culpabilisante, respectueuse
- Importance de l'« après visite » : actions, suivi, partage
- Déploiement progressif et volontaire



Cette présentation est téléchargeable sur le site de la Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr

Outil 3 : Proposition de courrier d'information et d'engagement

Suite à la réunion préparatoire entre les membres de l'équipe de la gouvernance, un courrier cosigné par le directeur général et le président de la CME présente la démarche et témoigne de leur engagement dans celle-ci.

Il est adressé aux membres des équipes du secteur d'activité rencontré.

Madame, Monsieur,

[insérer la date]

Afin de favoriser la mobilisation de l'établissement pour la sécurité des patients, nous souhaitons mettre en place progressivement des « Rencontres sécurité » à partir du (date : JJ/MM/AAAA).

Nous viendrons ainsi rencontrer régulièrement des équipes sur leur lieu de travail pendant une heure environ, afin de vous écouter et échanger avec vous de manière ouverte et constructive à propos de la sécurité des patients.

Il ne s'agit en aucun cas d'un contrôle, d'une inspection ou d'un audit inopiné, mais d'un rendez-vous programmé avec une équipe volontaire afin de favoriser une discussion, d'identifier des problèmes et de mettre en place des actions pour agir ensemble pour la sécurité des patients.

Par notre venue sur le terrain, nous souhaitons ainsi témoigner de notre engagement pour la sécurité des patients et vous assurer de notre soutien pour continuer à progresser.

Vous trouverez ci-joint une brochure d'information qui explique la démarche.

Nous restons à votre disposition pour toutes informations complémentaires ainsi que pour l'organisation de ces rencontres (*mettre le contact*).

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Direction générale

Présidence de la CME

Outil 4 : Proposition de courrier d'invitation

Un mail d'invitation est envoyé aux membres de l'équipe du secteur d'activité rencontré après la planification annuelle des rencontres.

Équipe ... (secteur, unité, service ...)

[insérer la date]

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une **rencontre sécurité**, nous avons le plaisir de vous confirmer notre venue qui a été programmée le :

jj / mm / aaaa de hh: min à hh: min, dans lieu secteur, unité, service.

À cette occasion, nous serons présents pour vous écouter et échanger de manière ouverte et constructive à propos de la sécurité des patients afin d'agir ensemble et continuer à progresser.

Tous les membres de l'équipe sont cordialement invités à participer.

Le pilote du projet (nom + contact) se tient à votre disposition pour tout complément d'information.

Nous vous remercions par avance pour votre participation et pour votre engagement volontaire dans une telle démarche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Direction générale

Présidence de la CME

Outil 5 : Proposition d'affiche

Exemple d'affiche avec la liste des participants

Logo de l'établissement

Rencontre sécurité

Une rencontre sécurité avec l'équipe de (secteur d'activité)

est prévue le : (date, heure, lieu)

Équipe de la gouvernance :

- Nom du directeur de l'établissement ou de son représentant
- Nom du président de la commission médicale d'établissement (CME) ou de son représentant

Équipe du secteur d'activité :

- Noms des correspondants (ex. cadre de proximité, médecin, personnel référent)
- Noms des participants prévus

Pilote du projet (ex. responsable qualité et gestion des risques/gestionnaire des risques) :

- Nom

Fiche mémo

Déroulement de la rencontre

Présentation des équipes



- Chaque participant se présente en indiquant son nom et sa fonction.
- Deux rappels en préambule :
 1. **Objectif** : identifier des problèmes liés à la sécurité des patients.
 2. **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

Optionnelle

- Avant ou après les échanges

Échanges entre les équipes

(cf. support d'échanges au verso)



- ■ Préférer des questions positives, par exemple :
« Quelle est la chose dont vous êtes le plus fier dans ce service ? »
- ■ Cerner 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.



Cette fiche mémo est téléchargeable sur le site de la Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr

Outil 6 : Fiche mémo « Rencontres sécurité » (verso)

Support d'échanges

Thèmes pouvant servir à alimenter la discussion au cours de la rencontre

- Événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenus ou redoutés.
- Problèmes rencontrés en termes de sécurité.
- Points forts du secteur d'activité en termes de sécurité.
- Résultats de l'enquête culture sécurité si elle a été réalisée.

Exemples de questions pouvant servir à ouvrir la discussion

Sécurité des patients

- Quel EIAS redoutez-vous ?
- Quels sont les problèmes en termes de sécurité du patient qui vous inquiètent ?
- Qu'est-ce qui pourrait éviter à l'avenir la survenue d'un EIAS dans votre secteur ?
- Y a-t-il des situations où des règles, des procédures, ne sont pas applicables ?
- Les patients et leur entourage évoquent-ils avec vous des problèmes liés à la sécurité ?
- Comment impliquez-vous les patients pour qu'ils participent à une meilleure sécurité de leur prise en charge ?

Culture de sécurité

- De quoi êtes-vous le plus satisfait dans votre secteur ? Pourquoi ?
- Rencontrez-vous des problèmes pour déclarer un EIAS ?
- Avez-vous besoin d'aide en cas de survenue d'un EIAS ?
- Quand vous êtes face à un presque-accident (interception d'une erreur), est-ce que vous le signalez systématiquement ?
- Quand vous êtes face à un événement indésirable, est-ce que vous le signalez systématiquement ?
- Est-ce que vous avez des retours suite aux signalements que vous effectuez ?
- Y a-t-il des échanges entre vous à propos de problèmes liés à la sécurité des patients ?
- Avez-vous décidé ensemble d'actions d'amélioration ?
- Est-ce que vous avez mis en place des actions qui permettent de renforcer la sécurité des patients (doubles contrôles, *check-lists*, etc.) ?

Travail en équipe

- Êtes-vous satisfait de votre manière de travailler en équipe ?
- Que pensez-vous de vos relations avec d'autres équipes, d'autres secteurs ?

Communication

- Que pensez-vous de la communication entre les membres de l'équipe ?
- Comment se réalise la transmission des consignes ?

Environnement de travail et sécurité des professionnels

- Quels aspects de votre environnement de travail sont susceptibles d'impacter votre sécurité et la sécurité des patients ?
- Accident d'exposition au sang ?

Amélioration

- Quels objectifs d'amélioration pouvons-nous identifier aujourd'hui ? (1 à 3 max)
- Avez-vous des suggestions et/ou des propositions d'actions pour assurer une meilleure sécurité pour la prise en charge des patients ?
- Qu'attendez-vous de nous pour améliorer la sécurité des patients ?
- Que pouvons-nous faire pour améliorer l'efficacité de ces rencontres ?

En fin de rencontre

- Y a-t-il quelque chose d'autre dont vous aimeriez parler avant de terminer cette rencontre ?
- N'hésitez pas, nous avons le temps d'en parler ensemble.



Outil 7 : Proposition de courrier dans les 24 heures après la rencontre

Madame, Monsieur,

[insérer la date]

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de participer à la rencontre sécurité avec l'équipe de la gouvernance qui a eu lieu le *jj / mm / aaaa* au sein de votre *secteur d'activité/unité XXX*.

Nous souhaitons relever les points positifs retirés de cette rencontre :

- 1.
- 2.
- 3.

Ensemble, nous allons poursuivre nos efforts en vue d'améliorer la sécurité des patients. Aussi, comme convenu, vous trouverez ci-dessous les principaux objectifs d'amélioration retenus lors de nos échanges.

- 1.
- 2.
- 3.

Si vous souhaitez apporter des modifications aux éléments cités ci-dessus ou des commentaires, merci de nous les faire parvenir avant le *xx/xx/xxx*.

Dans quelques jours vous recevrez le compte rendu de notre rencontre qui permettra d'initier un plan d'action.

Restant à votre disposition,

Direction générale

Présidence de la CME

Outil 8 : Proposition de compte rendu (dans la semaine qui suit la rencontre)

Éléments importants à retrouver dans le compte rendu.

Date: ...

Lieu: ...

Durée: ...

► Liste des participants

- Équipe de la gouvernance
- Équipe secteur d'activité
-

► Synthèse des échanges et de la discussion

- XXX

► Objectifs d'amélioration (3 maximum)

- 1) XXX
- 2) XXX
- 3) XXX

► Conclusions et plan d'action

XXX

Outil 9 : Proposition de fiche action (1 fiche par action)

Fiche de suivi d'action d'amélioration n° /	
Problème identifié: Action mise en œuvre :	
Objectif	
Description	
Par qui	
Quand	
Comment	
Suivi	
Échéance de mise en œuvre	
Modalités de suivi et d'évaluation	
Responsable du suivi	
Qui	
État d'avancement date : ... / ... / ... / ...	Non fait <input type="checkbox"/> Prévü <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/>

7. Partages d'expériences

Ces deux premières expérimentations multicentriques, en France, concernant les rencontres sécurité, ont été réalisées, d'une part par le CEPBRAAL en 2015 et d'autre part par la HAS en 2017.

7.1. Expérimentation du CEPBRAAL, structure régionale d'appui qualité des soins et sécurité des patients en Auvergne-Rhône-Alpes (17)

L'équipe du CEPBRAAL a observé à quel point l'engagement des directeurs généraux des établissements de santé et médico-sociaux aux côtés des équipes « de terrain » était déterminant pour mener à bien les projets d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

La méthode des *safety walkrounds* semblait répondre à cette problématique en permettant aux dirigeants de partager avec les soignants une même vision et d'exercer leur leadership au service de cette vision partagée. Ainsi le CEPBRAAL a proposé en 2015 à ses établissements adhérents une expérimentation des *Safety walkrounds* avec deux objectifs :

1. évaluer la faisabilité des *safety Walkrounds* en France ;
2. évaluer leur impact et leur efficacité sur la déclaration des événements indésirables associés aux soins et la dimension « soutien du management » de la culture de sécurité.

Onze établissements volontaires du territoire Rhône-Alpes ont participé à cette expérimentation : cinq publics, cinq privés à but non lucratif et un privé à but lucratif. La taille des établissements était comprise entre 100 et 400 lits. Huit établissements avaient une activité Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Neuf établissements avaient une activité de soins de suite et réadaptation (SSR). Sept établissements avaient une activité d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'expérimentation a commencé en décembre 2015 avec le recrutement des établissements et la réalisation d'une enquête culture sécurité préalable. Les directeurs et responsables des services qualité ont reçu une formation d'une demi-journée et un guide détaillé et des outils de réalisation et de recueil leur ont été fournis. La traduction du terme « *safety walkround* » choisie dans le cadre de cette expérimentation était « visite managériale de sécurité ».

L'évaluation comportait un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le volet quantitatif comprenait :

- une enquête culture de sécurité avant et après l'expérimentation, soit à un intervalle d'un peu plus d'1 an ;
- le recueil du nombre mensuel d'événements indésirables associés aux soins dans chaque service à partir de 3 mois avant la première visite, jusqu'au minimum 3 mois après la première visite managériale de sécurité.
- Une enquête de satisfaction auprès des directeurs et des équipes ayant participé.

L'évaluation qualitative de la faisabilité et de l'impact des visites a été réalisée *via* :

- des entretiens téléphoniques à l'issue de chaque visite avec le responsable qualité ayant participé à une visite ;
- un entretien individuel avec chaque directeur en fin d'expérimentation ;
- des entretiens de groupe avec les équipes des services ayant participé.

Au total quarante-six services différents ont réalisé au moins une visite managériale de sécurité entre mars et décembre 2016.

La note moyenne de satisfaction a été de 7,0/10. Ce score était en moyenne de 7,9 chez les directeurs, 8 chez les responsables qualité et 6,8 chez les professionnels des équipes.

Les enquêtes culture de sécurité avant et après ont montré une évolution positive, passant de 39 % à 45 %, mais statistiquement non significative, de la mesure de la dimension « soutien du management » après 1 an d'expérimentation. Cette absence d'évolution significative peut s'expliquer par l'intervalle de temps entre les deux campagnes. Celui-ci n'est que d'1 an alors que la culture de sécurité évolue lentement au sein des établissements.

L'impact quantitatif le plus remarquable des visites managériales de sécurité était le nombre moyen de signalements d'événements indésirables par service, qui a augmenté de + 41,5 % avec un intervalle de confiance à 95 % de [17,4 % ; 65,6 %] dans les 3 mois suivant la visite par rapport aux 3 mois la précédant.

L'analyse qualitative a permis de tirer des enseignements des différentes expériences des établissements. Par exemple, nous avons pu constater l'importance pour le résultat de respecter des points clés de la méthodologie : une visite organisée à la va-vite, sans inclure l'ensemble des catégories professionnelles de l'équipe, a entraîné ainsi une perte de confiance entre les différents corps de métiers du service. Cette visite a eu un effet négatif également sur la déclaration des EIAS dans le service, qui a diminué de 150%.

À l'opposé, de nombreux entretiens ont souligné les effets positifs des visites auprès des professionnels de terrain. Ces derniers ont apprécié les échanges avec leur directeur, qu'ils n'avaient pour certains jamais rencontré, en particulier dans les grandes structures. Ils ont également apprécié que les directeurs s'intéressent à leur travail et à leur vision de la sécurité dans leur quotidien. Les directeurs, quant à eux, ont partagé la qualité de l'accueil des services qui ont rapidement fait disparaître leurs craintes initiales. Les visites leur ont permis de découvrir, sur le terrain, l'importance de certaines demandes des soignants. Par exemple, dans un service de gériatrie, les soignants réclamaient depuis de nombreuses années l'inversement des gonds des portes. En se rendant sur le terrain, le directeur a pu constater la dangerosité du chevauchement des portes d'entrée et de salle de bains qui, en cas de chute du patient dans la salle de bains, interdisait l'accès des soignants à la chambre. À la suite de la visite et sur décision du directeur, les services techniques de l'établissement ont réalisé l'inversement des gonds dans le mois suivant.

L'expérimentation du CEPPRAAL a permis de mettre en évidence la faisabilité et l'intérêt des *safety walkrounds* en France. Cependant elle a également permis de souligner l'importance du respect de quelques points clés de la méthodologie que nous tenons à partager : la préparation des visites par les directeurs et par l'équipe, l'inclusion de tous les membres de l'équipe et l'attitude bienveillante et ouverte que doit adopter le directeur lors des visites.

7.2. Expérimentation HAS (voir aussi rapport d'expérimentation)

Une expérimentation HAS concernant les rencontres sécurité s'est déroulée en 2017 avec 11 établissements volontaires. Le rapport et les résultats détaillés de cette expérimentation sont disponibles dans un document séparé téléchargeable sur le site Internet de la HAS auquel on se reportera.

En plus du rapport d'expérimentation, certains établissements ont souhaité apporter leur témoignage sur leur perception de la démarche des rencontres sécurité.

Voici ce qu'en disent les participants :

CH CORNOUILLE, QUIMPER

(1 464 lits et places)

« Une parole libre »

DE QUELS CONSTATS ETES-VOUS PARTIS ?

Des résultats de l'enquête sécurité sur l'ensemble des unités, notamment des résultats des critères « Soutien du management pour la sécurité des soins ».

Des attentes d'un rapprochement entre la perception du terrain et la vision de la gouvernance générale de l'établissement, exprimées par les professionnels lors de l'expérimentation PACTE. Un contact fréquent entre la gouvernance et les professionnels permet à la gouvernance de mieux comprendre la notion politique de « sécurité des patients », encore mal connue dans le système de santé français, et confondue avec les notions de qualité et de pertinence des soins, qui sont distinctes.

QUELS POINTS FORTS RETENEZ-VOUS DE CETTE EXPERIENCE ?

Une expérimentation menée avec des acteurs à l'écoute, tant au niveau du terrain, que de la gouvernance. Une parole libre. Des attentes d'actions concrètes par les professionnels de terrain, partagées avec la direction. Une inscription de ces actions dans le PAQSS de l'établissement.

Une gouvernance vivement intéressée par la démarche et manageant les rencontres avec bienveillance et respect. La gouvernance perçoit ces rencontres comme une démarche intéressante de communication, de perception du ressenti des équipes et de compréhension des difficultés rencontrées en termes de sécurité. Elles établissent un lien fort entre des équipes qui ont souvent peu eu occasion de discuter ou travailler ensemble au cours de leur carrière (aides-soignants, manipulateurs radio, secrétaires médicales, IDE) et les membres de la gouvernance. Les professionnels apprécient l'écoute donnée à leurs problématiques du quotidien liées à la sécurité, avec l'espérance de leur prise en compte et résolution.

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS RENCONTREES ?

- Fixer les dates des rencontres : le calendrier des acteurs de gouvernance administrative, médicale et des soins est particulièrement complexe, phagocyté par les démarches projets multiples et les très nombreuses réunions et instances.

- La présence médicale lors de la rencontre était trop succincte.

- L'établissement d'un calendrier précis pour la mise en œuvre des actions du plan d'action.

QU'EST-CE QUE VOUS REFERIEZ AUTREMENT ?

- Mieux informer les collègues médecins pour obtenir une présence plus importante lors de la rencontre.

- Aborder avec les acteurs le calendrier de mise en œuvre des actions en fin de rencontre..

QUELLES SONT VOS ESPERANCES/OPPORTUNITES QUANT A L'AVENIR, APRES AVOIR PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE ?

Les 2 rencontres réalisées auront une suite dans notre établissement (CHG de 1 400 lits). Une 2^e visite aura lieu dans 2 ans pour ces 2 unités. Des rencontres sécurité dans d'autres unités sont pressenties en 2018 et 2019, mais un déploiement total dans toutes les unités n'est pas encore envisageable pour 2 raisons : la première est qu'il semble nécessaire de parfaire l'expérience de la gouvernance, par exemple en réalisant au moins 5 autres rencontres. La deuxième est le temps nécessaire : les calendriers très denses des acteurs de gouvernance dans l'exercice de leurs missions régaliennes rendront difficile la réalisation de ce travail perçu comme complémentaire. La formation EHESP des directeurs devrait inscrire la réalisation des rencontres sécurité comme une nécessité.

**« Des échanges ouverts,
une démarche participative »**

DE QUELS CONSTATS ETES-VOUS PARTIS ?

- Résultats de l'enquête CLARTE sur la perception et la culture du risque dans l'établissement qui était contraire à nos ressentis puisque un énorme travail avait été entrepris depuis des années (2009) sur la gestion des risques.
- Bilan des FEI déclarées par les unités concernées par l'expérimentation.

QUELS POINTS FORTS RETENEZ-VOUS DE CETTE EXPERIENCE ?

- Multidisciplinarité
- Échanges ouverts
- Démarche participative
- Implication des professionnels de terrain dans la définition des actions d'amélioration

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS RENCONTREES ?

- Respecter les délais dans la mise en œuvre des RSP.
- Suivi des actions : nécessité d'accompagnement des pilotes, report des délais.

QU'EST-CE QUE VOUS REFERIEZ AUTREMENT ?

Mise en place de réunions/actions brèves entre encadrement et top management pour le suivi des actions jusqu'à leur terme. Afin de permettre une démarche intégrée à l'activité de chaque service.

En effet, la plupart des démarches de gestion de risque sont encore trop souvent perçues par les professionnels comme des démarches administratives et donc non liée aux soins.

QUELLES SONT VOS ESPERANCES/OPPORTUNITES QUANT A L'AVENIR, APRES AVOIR PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE ?

Objectif :

- dans un premier temps, une rencontre de suivi pour les 2 unités ayant participé à l'expérimentation ;
- perspectives : une rencontre annuelle dans chaque unité de soins.

**« Une grande écoute de part et d'autre
et des échanges reposant sur le respect mutuel »**

DE QUELS CONSTATS ETES-VOUS PARTIS ?

L'idée est d'expérimenter de nouvelles méthodes pour améliorer la culture sécurité des équipes au sein de l'établissement. La méthode rencontre sécurité est intéressante par son approche originale permettant une implication visible du top management par les équipes médico-soignantes autour de problématiques liées à la sécurité des patients.

QUELS POINTS FORTS RETENEZ-VOUS DE CETTE EXPERIENCE ?

Motivation des deux équipes à expérimenter cette méthode

Une grande écoute de part et d'autre et des échanges reposant sur le respect mutuel.

La volonté des deux équipes de faire avancer les problématiques liées à la sécurité du patient en impulsant des actions et en les suivant sur le terrain.

La prise de parole dans l'équipe médico-soignante quelle que soit la profession (IDE, brancardier, AS, médecin, cadre, secrétaire, etc.)

La préparation en amont de la rencontre avec les deux équipes est un facteur de succès :

- une première réunion avec le cadre et le praticien responsable de l'unité afin de faire émerger deux thématiques ou trois liées à la sécurité ;

- une 2nde réunion avec des représentants pluriprofessionnels de l'équipe médico-soignante afin de valider les thématiques qui seront abordées lors de la rencontre sécurité.

Ce temps d'appropriation est important pour la prise de parole lors de la réunion avec le top management.

Pour le top management l'envoi systématique du compte-rendu de la réunion avec l'équipe médico-soignante est une première prise de température des problèmes de sécurité qui seront abordés.

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS RENCONTREES ?

La fixation de la date de la rencontre est parfois difficile au vu des agendas du top management.

Le suivi des actions d'amélioration est aussi comme souvent une difficulté réelle car certaines actions sont programmées entre 6 mois et 1 an (ex. journée de formation).

QU'EST-CE QUE VOUS REFERIEZ AUTREMENT ?

Non, nous avons testé en début année 2018 sur un 3^{ème} service et suivi la même méthode.

QUELLES SONT VOS ESPERANCES/OPPORTUNITES QUANT A L'AVENIR, APRES AVOIR PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE ?

En accord avec le directeur général et le président de la CME cette rencontre sécurité sera renouvelée au rythme de 3 rencontres par an avec des services volontaires.

**« Le contact avec l'équipe de gouvernance
permet de valoriser le travail des professionnels »**

DE QUELS CONSTATS ETES-VOUS PARTIS ?

Culture de sécurité hétérogène dans différents secteurs :

- pour les secteurs ayant une faible culture de sécurité, besoin d'approcher les équipes sous un autre angle ;
- pour les secteurs ayant une culture de sécurité plus élevée, nécessité d'aller plus loin dans leur réflexion, tout en les valorisant.

QUELS POINTS FORTS RETENEZ-VOUS DE CETTE EXPERIENCE ?

Le contact avec l'équipe de gouvernance qui a permis de valoriser le travail des professionnels

La transparence des échanges entre les deux équipes.

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS RENCONTREES ?

La mobilisation des équipes de terrain : les professionnels s'interrogeaient sur le choix de leur service : « Si on a été sélectionné, c'est qu'on fait mal les choses ? »

La difficulté de faire le lien entre l'enquête culture sécurité et la visite.

La difficulté de prioriser et de mettre en place les actions d'amélioration : pourquoi ce service serait-il privilégié par rapport à un autre ?

QU'EST-CE QUE VOUS REFERIEZ AUTREMENT ?

Préparer davantage la rencontre, en amont avec l'encadrement, voire l'équipe, sans non plus imposer les sujets qui seront abordés.

Le déroulé de la rencontre :

- réunir toute l'équipe pour que l'équipe de gouvernance se présente et rappelle les objectifs de la rencontre ;
- entamer la visite du secteur (chaque professionnel rencontré aura alors la connaissance de l'objectif de cette visite) ;
- finir par une rencontre réunissant les professionnels afin de résumer la visite, aborder des points qui n'auraient pas été évoqués lors de la rencontre, puis finir par 1 ou 2 thématiques prioritaires sur lesquelles des actions précises seront mises en œuvre.

QUELLES SONT VOS ESPERANCES/OPPORTUNITES QUANT A L'AVENIR, APRES AVOIR PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE ?

Un suivi va être réalisé pour les 3 secteurs ayant participé à l'expérimentation : un suivi régulier de la mise en œuvre des actions est réalisé, et une 2^{ème} visite avec l'équipe de la gouvernance sera organisée.

À l'échelle d'un CHU, il paraît complexe de réaliser l'expérience sur tous les services.

C'est pourquoi, afin de déployer la démarche, il est important de cibler les secteurs pouvant participer à ces visites.

Les secteurs à risque peuvent être priorités dans cette démarche.

D'ailleurs, cette expérimentation est en cours sur un 4^{ème} secteur : la sismothérapie. Le déroulé de cette expérimentation sera adapté en fonction du vécu des précédentes visites.

« Aborder différemment la notion de sécurité du patient »

DE QUELS CONSTATS ETES-VOUS PARTIS ?

Une volonté d'aborder, différemment, la notion de « sécurité du patient » au sein de notre établissement.

QUELS POINTS FORTS RETENEZ-VOUS DE CETTE EXPERIENCE ?

Le « partage direct du quotidien » des équipes.

L'écoute & l'échange avec les membres de la direction.

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS RENCONTREES ?

« Travail préparatoire » ... mais, nécessaire dans la mise en œuvre des « rencontres » et la « connaissance » du service sur les problématiques « sécurité du patient » à savoir :

- le partage des FEI (sur un temps passé « représentatif ») ;
- les CREX de service (« choix d'évènements « marqueurs » travaillés selon la méthode dédiée ») ;
- les RMM/REMEDI éventuellement réalisés au sein de l'unité ;
- les résultats d'évaluations de pratiques professionnelles (EPP) ou audits de service ;
- les résultats du tableau de bord management qualité/GDT (déclinaison par service).

QU'EST-CE QUE VOUS REFERIEZ AUTREMENT ?

Toute la difficulté sera la pérennisation de ces démarches et le « télescopage » potentiel avec les autres réunions d'instances : vigilances, communication de direction, etc.

QUELLES SONT VOS ESPERANCES/OPPORTUNITES QUANT A L'AVENIR, APRES AVOIR PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE ?

Les rencontres « directes » sont essentielles pour le partage des pratiques, la réflexion collective et la compréhension du quotidien avec l'ensemble des équipes.

**« Cette rencontre organisée est quelque chose de simple
mais essentielle »**

DE QUELS CONSTATS ETES-VOUS PARTIS ?

L'équipe de gouvernance s'est basée sur le constat des résultats de l'enquête culture sécurité (questionnaire HAS pré-rencontre) pour débiter les échanges avec les équipes soignantes. Les points non satisfaisants ont été sujets de discussion lors des rencontres.

QUELS POINTS FORTS RETENEZ-VOUS DE CETTE EXPERIENCE ?

Il s'agissait d'un réel échange avec les équipes soignantes. Cette rencontre organisée est quelque chose de simple mais essentiel car avec l'évolution des organisations et des méthodes de travail, ces choses simples et efficaces plus que tout peuvent parfois être oubliées.

Ces rencontres sont un besoin tout aussi bien pour l'équipe de gouvernance que pour les équipes soignantes.

La première a besoin d'entendre les professionnels pour s'assurer que les objectifs et les orientations sont bien portés sur les sujets essentiels du terrain.

Les équipes soignantes ont ce besoin d'être écoutées et de comprendre que l'équipe de gouvernance a connaissance des problématiques qui impactent directement leurs tâches. D'ailleurs, nombreux peuvent être ceux qui sont étonnés du niveau de connaissance et d'implication de la direction sur ces sujets.

Il est important de cadrer le début de la réunion en délimitant le sujet sur les problèmes rencontrés en lien avec la sécurisation de la prise en charge du patient mais de laisser un moment d'échange à la fin de la rencontre pour écouter les soignants.

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS RENCONTREES ?

Il a parfois été difficile, pour certains participants, de comprendre le sens des questions de l'enquête culture sécurité, jusqu'à même répondre le contraire de la réponse souhaitée.

L'organisation de la démarche nécessite un temps important. Outre la communication sur la démarche (invitations aux rencontres, organisation des enquêtes pré et post-rencontres, rédaction et diffusion des PV...), il a fallu nous organiser pour réaliser deux rencontres par service afin de pouvoir rencontrer l'ensemble de l'équipe (car il faut qu'une partie de l'équipe assure pendant ce temps le fonctionnement du service).

QU'EST-CE QUE VOUS REFERIEZ AUTREMENT ?

Rien

QUELLES SONT VOS ESPERANCES/OPPORTUNITES QUANT A L'AVENIR, APRES AVOIR PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE ?

L'établissement a prévu de déployer cette expérience en s'engageant à réaliser une rencontre sécurité patient une fois par an, sur un service différent (avec soignants ou autres métiers).

« Cela permet de faire émerger des actions ciblées »

DE QUELS CONSTATS ETES-VOUS PARTIS ?

Nous sommes partis de deux événements indésirables :

- concernant l'unité d'accueil des urgences nous avons retenu un incident d'une particulière gravité mais à caractère exceptionnel qui nous a permis de revisiter nos procédures d'accueil des enfants en urgence vitale alors que le service est normalement dédié à l'accueil des adultes. Cette réunion dont nous vous avons déjà adressé le compte rendu a mobilisé les médecins et dans une moindre mesure le personnel. La discussion a permis un long débriefing de l'incident et des actions immédiates (achat de matériel) et différées (protocolisation du suivi psychologique notamment, formation, etc.).
- concernant l'unité médico chirurgicale digestive, nous avons retenu un accident exposant au risque viral, incident plus fréquent et de moindre gravité en l'occurrence (piqûre sans gravité). Dans cette unité, la mobilisation du personnel a été très forte avec une trentaine de participants. La prise d'appui sur le sujet des AEV nous a permis d'évoluer vers une réflexion plus générale sur les facteurs d'insécurité pour les professionnels et les patients. Les actions d'information et de sensibilisation à la démarche avaient été menées en amont de la réunion. L'expérience aidant, nous avons pu davantage axer notre discours sur la « culture sécurité » en nous appuyant sur des méthodes d'animation qui impliquent et favorisent la prise de parole spontanée.

QUELS POINTS FORTS RETENEZ-VOUS DE CETTE EXPERIENCE ?

L'implication de la gouvernance autour de la question de la culture et de la sécurité est importante pour légitimer la démarche et impulser une dynamique institutionnelle.

Le fait que le staff de direction intervienne sur une problématique d'événement indésirable au sein de l'unité est très porteur car :

1/cela autorise les équipes à aborder avec la direction des sujets en lien avec la sécurité des prises en charge de façon constructive puisque la rencontre est orientée vers la recherche de solutions en respectant le principe de non punition édicté dans la charte de signalement (prise de parole facilitée, échanges fructueux et dépassant même le sujet d'entrée) ;

2/cela rapproche du terrain car les professionnels peuvent avoir le sentiment que la direction n'est pas à l'écoute de leurs préoccupations ;

3/cela permet de faire émerger des actions ciblées, qui, du fait de l'implication et de la concertation, sont plus facilement et rapidement mises en œuvre ;

4/cela montre que la direction soutient et porte la démarche (ce n'est pas que de la qualité prescriptive)

5/cela vient en complément des autres dispositifs d'échange et espace de discussion qui impact positivement la qualité de vie au travail.

Deux autres points forts : la méthode et les outils mis à disposition

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS RENCONTREES ?

Trouver un créneau qui permette de réunir toute l'équipe. Temps de préparation, de réalisation et de suivi qui ne permet pas de le déployer dans tous les services. Éviter la confusion avec démarches existantes de la gestion des risques (CREX, RMM, déjà en place dans l'établissement).

QU'EST-CE QUE VOUS REFERIEZ AUTREMENT ?

Le choix du mode d'entrée : éviter de partir d'un EI pour éviter un doublon avec une démarche existante.

QUELLES SONT VOS ESPERANCES/OPPORTUNITES QUANT A L'AVENIR, APRES AVOIR PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE ?

Nous pensons déployer d'autre parcours idéalement un par pôle pour conserver cette dynamique et entretenir une proximité direction-équipe autour des questions de qualité et de sécurité.

SSR VAL ROSAY, SAINT-DIDIER-AU-MONT-D'OR

(355 lits et places)

« C'est un moment privilégié entre la direction et les équipes »

DE QUELS CONSTATS ETES-VOUS PARTIS ?

Nous sommes partis de l'enquête culture sécurité dont les résultats étaient moyens. La 2^{ème} année nous avons poursuivi avec les nouveaux résultats et le suivi des actions menées lors de la 1^{ère} rencontre de sécurité

QUELS POINTS FORTS RETENEZ-VOUS DE CETTE EXPERIENCE ?

C'est un moment privilégié entre la direction et les équipes. Les unités de soins ont toutes apprécié cet échange et nous avons pu constater la 2^{ème} année sur les unités volontaires une préparation de la rencontre très structurée et une grosse attente de ce moment.

QUELLES DIFFICULTES AVEZ-VOUS RENCONTREES ?

Le management du projet porté par le service qualité. Très chronophage. Le suivi des actions tout au long de l'année.

QU'EST-CE QUE VOUS REFERIEZ AUTREMENT ?

Pour ma part, je ne changerais rien. Nous nous sommes appuyés sur l'enquête culture sécurité, cela a donné du sens à la démarche. Le pilotage par le service qualité est très prenant mais nécessaire. Il faut que ce rendez-vous soit annuel et attendu des équipes.

QUELLES SONT VOS ESPERANCES/OPPORTUNITES QUANT A L'AVENIR, APRES AVOIR PARTICIPE A CETTE EXPERIENCE ?

Ce que nous avons vécu lors de la 2^o rencontre nous laisse à penser que ce moment a toute la légitimité pour être institutionnalisé.

8. Pour en savoir plus : argumentaire scientifique

8.1. Quelle est l'origine des *safety walkrounds* ?

Les *safety walkrounds* sont issues du cadre théorique du *Lean management* et plus particulièrement des *gemba walks*, traduction du japonais 現場, *gemba* signifiant le lieu de production de la valeur d'une entreprise (par exemple l'atelier). Le *Lean management* se base sur l'importance de l'implication du top management en matière de développement d'une culture qualité et sécurité au sein d'une entreprise.

En effet, pour Fujio Cho (Toyota), le manager Lean ne reste pas dans son bureau mais se rend sur le terrain, sur les lieux de production (*go and see*), montre du respect (*show respect*) et demande pourquoi ? (*ask why ?*). L'objectif est d'être à l'écoute et de se rendre compte *in situ* de la situation réelle et des problèmes rencontrés. Le succès considérable du management de ces entreprises selon ces principes a été extrêmement étudié, notamment aux États-Unis, afin de pouvoir reproduire les mêmes conditions et essayer d'obtenir les mêmes performances. Jim Womack, directeur de recherche du *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), et cofondateur du *Lean Institute* a notamment analysé en profondeur les conditions de réalisation de ces *gemba walks* (19).

Le *Management By Walking Around* (MBWA) peut être rapproché de la démarche des *Gemba walks* car il en reprend les mêmes principes. Il a été préconisé et mis en œuvre par Hewlett-Packard vers 1950, diffusé par Peters et Waterman (20) et utilisé depuis par de nombreuses entreprises de taille mondiale (Xerox, Apple, ...) pour améliorer leur performance.

En 2003, le Dr Allan Frankel, de Boston, aux États-Unis comprend l'importance de ce type de démarche et décide de transposer les principes et les concepts des *gemba walks* au secteur de la santé sous le nom « *patient safety leadership walkrounds* » (21, 22).

8.2. Pour quel impact ?

Frankel présente les *safety walkrounds* comme un moyen de démontrer l'engagement des personnels dirigeants et de développer la culture de sécurité des professionnels de santé.

Même si en France la démarche est très peu connue et appliquée, depuis 2003 plusieurs travaux internationaux y font référence en santé. Des organismes tels que l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI), l'*AHRQ*, *The Joint Commission* aux États-Unis, le *National Health Service* (NHS), le *Scottish Patient Safety Programme* (SPSP) au Royaume-Uni en font la promotion. Des vidéos présentant la démarche (NHS) ainsi que des guides explicatifs détaillés (États-Unis (23), Royaume-Uni (24, 25), Irlande (26)) sont disponibles. Ils sont destinés à former les managers et à développer la méthode en établissement de santé. La méthode fait l'objet d'un intérêt croissant et est à présent largement reprise, développée et enseignée aux États-Unis et au Royaume-Uni afin notamment de la déployer dans des milliers d'établissements de santé.

Une revue de la littérature récente (16) explore l'efficacité des *safety walkrounds*. Plusieurs études y sont identifiées pour leur impact, à la fois d'un point de vue quantitatif (impact sur la culture de sécurité des professionnels) (27-30) et qualitatif (perception par les acteurs) (31-33). Même si le nombre d'articles analysés reste limité, avec des études hétérogènes, des designs d'expérimentation de type cas-témoins ou avant-après, et des biais de publication possibles, les résultats qualitatifs corroborent les résultats quantitatifs et la répétition des résultats positifs constitue un argument fort pour l'amélioration de la culture de sécurité (16) dans le cadre de la mise en œuvre de *safety walkrounds*, selon les auteurs.

Dans une étude publiée en 2018, des auteurs ont ainsi identifié 9 pratiques communes à 6 établissements de santé aux États-Unis ayant amélioré fortement leur score de culture de sécurité, parmi lesquelles figurent l'utilisation de *patient safety rounds* (34).

Dans la revue de la littérature menée par Singer et Tucker (14), 33 articles sur les 43 analysés rapportent un impact positif des « *safety walkrounds* » sur les organisations, même si la grande majorité des études ne présente que des résultats qualitatifs. Elles permettent notamment d'identifier et de résoudre des problèmes liés à la sécurité

du patient et d'améliorer l'efficacité de l'établissement. L'ensemble de ces données apporte, pour les auteurs, la preuve du concept (*proof of concept*) de la démarche des *safety walkrounds* en montrant :

- qu'il est possible pour les managers de la mettre en œuvre de manière rigoureuse ;
- qu'elle permet d'identifier de sérieux problèmes de sécurité du patient dans les établissements ;
- que le climat de sécurité des professionnels peut s'améliorer.

Cette revue met également en évidence que des problèmes de sécurité identifiés par les *safety walkrounds* ne l'auraient pas été autrement. Une étude menée dans des établissements de long séjour aux Pays-Bas confirme ces données en concluant à la faisabilité de la démarche et à son utilité puisqu'elle permet d'identifier des problèmes liés à la sécurité et non révélés par d'autres méthodes (35).

Dans l'étude de Zimmerman *et al.* (32), 1 351 problèmes de sécurité ont été identifiés après avoir mené 984 *safety walkrounds*. Parmi ces problèmes identifiés 64 à 80 % étaient traités ou en cours de résolution. Enfin, l'étude rapporte 93 % de retours positifs des questionnaires explorant la satisfaction des équipes médico-soignantes à la suite de telles rencontres.

L'étude de Menendez *et al.* (36), dont l'objectif était d'évaluer l'impact de la formation pour accroître la culture de sécurité par le signalement des événements indésirables et la mise en œuvre des améliorations à l'aide de *walkrounds* et de *briefings*, rend compte que les *safety walkrounds* associées à des *briefings* augmentent de 20 % la détection d'événements indésirables associés aux soins (EIAS).

L'étude de Sexton *et al.* (37), en 2014, a montré un lien entre l'existence d'un retour d'information (« *feedback* ») sur les actions menées suite à des *safety walkrounds*, l'augmentation de la culture de sécurité et la plus faible fréquence de survenue d'épisodes de *burn out*.

Donnelly *et al.* (38) décrivent des problèmes de sécurité identifiés et des actions mises en œuvre dans un secteur de radiologie grâce à la mise en place d'« *operational rounds* ». Linden (39) montre également l'intérêt pour les managers des démarches de type *WalkRounds* en termes de compréhension des problèmes et d'aide à la décision.

Plusieurs études récentes, publiées entre 2013 et 2015 (Tucker (40), Schwendimann (29), Chua (30)), montrent l'efficacité de la méthode en termes de développement de la culture de sécurité. Selon eux, la communication directe avec les soignants constitue un élément moteur principal.

Enfin, Knobloch *et al.* viennent de rendre public (2018) leurs résultats sur l'intérêt des *leadership rounds* et leur impact positif sur la réduction des infections associées aux soins (41).

Il faut signaler que certaines études semblent montrer un résultat paradoxal, comme une absence d'effet, voire une démarche contre-productive lors de la mise en œuvre de *safety walkrounds*. Singer et Tucker (14) précisent que les résultats mitigés de ces études peuvent être liés à de mauvaises conditions d'expérimentation. Ainsi, les modalités de mise en œuvre des *safety walkrounds* sont donc des facteurs déterminants de leur succès. Une analyse plus approfondie de ces études permet d'identifier 4 facteurs clés qui conditionnent la réussite de la mise en œuvre des *safety walkrounds* : 1/ une participation élevée des professionnels à la démarche, 2/ un engagement sincère des managers dans une démarche d'écoute et de compréhension (et non pas de surveillance ou d'inspection), 3/ une volonté des professionnels de terrain de participer, de parler et d'améliorer la sécurité, et enfin 4/ la capacité d'organiser des *safety walkrounds* suivies d'actions d'amélioration associée au rôle important du management de proximité pour la mise en œuvre des actions, la communication et le retour d'information (*feedback*). De même, Martin *et al.* (42) insistent sur la nécessité de respecter le modèle d'origine des *safety walkrounds* qui cherche à promouvoir une culture de sécurité reposant sur des rapports francs et confiants. En effet, la dérive des *safety walkrounds* vers une vérification des pratiques, une surveillance, une inspection ou un audit, risque de conduire à la suspicion, la méfiance et la dissimulation, ce qui limite l'intérêt de la démarche et peut dégrader une situation préexistante.

En conclusion, plusieurs auteurs mettent en garde sur le fait qu'une vision simpliste des *safety walkrounds* ou une mise en œuvre superficielle sont erronées, source de perte de temps, et peuvent être contre-productives (31, 42, 43). Seule une mise en œuvre soigneuse et organisée, sincère et suivie, pourra être efficace. Enfin, une étude de 2017, portée par plusieurs auteurs référents de la méthode, identifie les leviers faisant le succès des *safety walkrounds*. Ceux-ci sont notamment en rapport avec la perception qu'ont les professionnels de leur propre efficacité pour améliorer la sécurité du patient. Plus précisément, il s'agit de faire participer l'équipe soignante aux prises de décisions concernant la sécurité des patients, de reconnaître son expertise et sa capacité à améliorer au quotidien la sécurité des patients. Si lors de la rencontre sur le terrain, ces leviers sont activés et accompagnés d'un suivi effectif des actions décidées ensemble (*feedback*), alors la mise en place de *safety walkrounds* peut améliorer la culture de sécurité, augmenter la motivation des professionnels et diminuer la fréquence des épisodes de *burn-out* (44)

Il apparaît donc important dans un premier temps de réserver la démarche à des équipes motivées et volontaires, et de les guider en leur fournissant des outils pratiques de mise en œuvre. Le déploiement au sein d'un établissement de santé pourra ensuite être progressif et guidé par le retour d'expérience des rencontres initiées préalablement.

8.3. Déploiement en établissement de santé des rencontres sécurité

► Constats et enjeux

La sécurité du patient est un enjeu majeur qui reste une préoccupation des établissements de santé avec le constat toujours présent de la survenue d'événements indésirables graves et de la difficulté existante de déclarer.

De plus, l'étude de Nestrigue et Or a mis en évidence l'impact médico-économique des EIAS, et donc l'enjeu important que constitue leur prise en charge (45). Malgré les actions multiples mises en place dans les établissements de santé pour acculturer les équipes à la sécurité des patients (méthodes de retour d'expérience (REX) et d'analyse des causes, déploiement d'outils de formation, d'information et de sensibilisation des professionnels (simulation, e-learning, etc.)), des difficultés persistent face à la gestion des événements indésirables.

Il s'agit donc à travers ces rencontres de déployer une nouvelle démarche ayant pour objectif d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, par une approche des problématiques, au plus près du terrain, en permettant une proximité entre les équipes de la gouvernance et les équipes des secteurs d'activité rencontrées.

► 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 ;
- faciliter la communication entre la gouvernance et les équipes des secteurs d'activités rencontrées ;
- encourager une déclaration plus précoce 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.

► Conditions pour un déploiement réussi des rencontres sécurité

Les rencontres sécurité ne peuvent pas être une démarche isolée au sein d'un établissement de santé. Elles nécessitent notamment :

Un portage institutionnel

La mise en place de rencontres sécurité impacte la direction générale, son équipe et la CME. Il est donc impératif qu'il y ait une validation institutionnelle et un portage de ce sujet au plus haut niveau de la hiérarchie de l'établissement de santé.

Si la gouvernance part du principe que la qualité et la sécurité des patients passent par l'amélioration du travail au plus près de l'équipe, toutes les actions permettant d'atteindre ces objectifs seront intégrées et validées sur le plan institutionnel avec une communication soutenue. La mise en œuvre de ces actions est de fait facilitée et l'adhésion au niveau des professionnels plus aisée.

L'évaluation de la culture sécurité peut également montrer à la gouvernance l'intérêt de la proximité et la nécessaire adhésion du top management à ce type d'approche.

L'adhésion du président de la CME est indispensable. En effet, la mission principale du président de la CME étant l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients, la communauté médicale de par son quotidien est plus sensible à la gestion des dysfonctionnements en équipe.

Dans tous les cas, il peut être intéressant de tester cette démarche dans les secteurs d'activité dans lesquels une culture qualité-sécurité est déjà présente. Cela permettra de faciliter le déploiement ultérieur des rencontres vers les autres secteurs d'activité de l'établissement, et de profiter du retour d'expérience des premiers secteurs ayant mis en œuvre la démarche.

En synthèse, et à partir du moment où ce mode de management au plus près des équipes fait partie d'un fonctionnement institutionnel, il faut savoir l'expliquer, l'intégrer dans les plans de communication et de formation. Il faut également faire comprendre que ces actions viennent illustrer, compléter une démarche d'amélioration de la qualité et sécurité existante. Enfin, ce mode de management au plus près des équipes rappelle l'importance jouée par les cadres de proximité, responsables/référents dans cette démarche.

La formation des acteurs

Si la gouvernance de l'établissement doit pouvoir afficher l'intérêt qu'elle porte à la sécurité des patients *via* cette démarche qui va structurer l'approche qualité/risques institutionnelle, il est impératif de préparer les acteurs aux finalités recherchées, et peut-être de favoriser à l'avenir des formations mixtes associant des directeurs et des médecins.

Il est essentiel d'acculturer les métiers de manager, gestionnaires de projets, à ces approches « terrain » centrées sur l'équipe et la sécurité.

Une démarche structurée, organisée et préparée

Le guide méthodologique proposé a pour objectif de structurer la démarche. En effet, de la qualité de l'organisation et de la préparation de la démarche dépendront la qualité et l'efficacité résultantes.

Au-delà de la méthode proprement dite, quelques éléments clés peuvent être signalés.

Les équipes sont toujours mobilisées quand la gouvernance se rend sur le terrain. Elles le seront d'autant plus, si ces rencontres portent sur la sécurité des prises en charge et les autorisent d'une part à valoriser leurs expertises, et d'autre part à évoquer leurs problématiques majeures de fonctionnement relatives à la sécurité des patients.

Pour que ces rencontres aboutissent à mettre en exergue des questionnements sur l'amélioration de la sécurité, il faut expliquer aux équipes du secteur d'activité visité que l'équipe de gouvernance présente lors de ces rencontres

n'est pas là pour entendre des revendications exclusivement sur son portefeuille d'activité (par exemple : des problèmes de ressources humaines). Ces rencontres ne doivent surtout pas se transformer en réunion de doléances où les demandes sont exclusivement centrées sur des moyens humains, matériels, organisationnels ou architecturaux. Bien évidemment ces sujets peuvent être évoqués mais uniquement dans le cadre de l'objectif prioritaire de ces rencontres qui est d'aborder la sécurité ou les éléments d'inconfort ou d'insécurité pour l'équipe.

C'est pour cette raison qu'un « pilote » maîtrisant la méthode lors de ces rencontres s'avère nécessaire. Celui-ci doit être formé afin d'aider les équipes à analyser leurs problématiques, leurs vulnérabilités, et à réfléchir en interne aux actions d'amélioration portant en première intention sur la sécurité de la prise en charge des patients.

Enfin, il est certain que ces rencontres doivent déboucher sur des actions concrètes :

- Soit ces actions portent sur un sujet de fonctionnement interne à l'équipe et il pourra être proposé de l'aide sur le plan méthodologique et le suivi pour amorcer ces actions d'amélioration.
- Soit les demandes sont d'ordre externe au service, impactant un financement, et il faudra rapidement apporter une réponse de faisabilité et de validation ou non des propositions.

Rien n'est plus démotivant pour des professionnels que de se mobiliser sur ces différentes rencontres et de ne rien voir aboutir ou évoluer.

Le maître mot de ce type de démarche est aussi la valorisation. Il est toujours motivant de proposer aux équipes novatrices d'exposer leurs approches auprès de leurs autres collègues.

Ces temps de partage peuvent également aboutir à une demande spécifique de formation, d'information ou autre sujet particulier aidant les équipes soit à gérer des problématiques particulières soit à acquérir de nouvelles compétences. C'est à l'institution de donner les moyens à l'équipe demandeuse d'aller au-delà sur le thème ou le sujet de perfectionnement souhaité (partage d'expérience ou autres).

Un terrain propice et favorable

La tenue régulière de revues de mortalité et de morbidité (RMM) et de comité de retour d'expérience (CREX), l'existence d'une charte d'établissement favorisant la déclaration des EIAS, des revues de projets déjà structurées, l'engagement dans des programmes d'amélioration, l'accréditation des médecins et des équipes médicales, le programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE), etc. sont autant d'habitudes qui constituent un terrain favorable au développement des rencontres sécurité.

Une enquête préalable pour évaluer la culture de sécurité des équipes peut également procurer des informations pertinentes, celle-ci reste optionnelle dans le cadre des rencontres sécurité.

Enfin, utiliser des tableaux de bord institutionnels déjà existants et avoir une aide structurante (la certification HAS des établissements de santé centrée sur le terrain et la place du patient (audits de processus et patients traceurs) par exemple) sont des éléments aidants.

► Perspectives et opportunités apportées par les rencontres sécurité

La mise en place de rencontres sécurité peut apporter des perspectives telles que :

- la proximité comme outil de management avec échange d'informations ;
- la perception des professionnels dans le management par la qualité (fondamentaux des processus) ;
- l'intégration des problématiques « terrain » aux orientations institutionnelles en matière de qualité et de sécurité ;
- le développement de nouveaux indicateurs pour évaluer l'impact de ce type de démarche ;

- l'intégration et la valorisation de cette démarche volontaire dans les programmes d'amélioration et les dispositifs actuels (accréditation en équipe, certification d'établissement, développement professionnel continu, PACTE, etc.).

8.4. Quelques éléments en matière de management et de culture sécurité

La perception et les représentations des managers sur leur activité, leur rôle dans la culture de sécurité, sont déterminantes de leur engagement et de leurs actions (46). D'après Singer et Tucker, l'engagement des managers pour la sécurité des soins est variable selon les établissements (47). La perception du soutien des managers est différente entre les professionnels de première ligne et les managers eux-mêmes. Ces derniers ont une vision souvent plus optimiste.

Au travers de leurs activités relationnelles, les managers ont l'occasion d'exercer leur leadership, et ce, à tous les niveaux de management. Pour Mintzberg, le leader « fait ce qu'il faut faire et affronte le changement » (48). Cette capacité à faire accepter le changement, à inspirer aux collaborateurs une vision à long terme de la sécurité, est un élément essentiel pour la création d'une culture de sécurité. Ainsi, leadership et culture organisationnelle, dont fait partie la culture de sécurité, interagissent mutuellement (49).

Selon Fucks, la culture de sécurité peut être appréhendée selon deux modèles différents : le modèle gestionnaire ou le modèle anthropologique (50). Le modèle gestionnaire implique une vision régulée de la culture de sécurité où les managers en sont les concepteurs et peuvent la faire changer. Le modèle anthropologique correspond à une vision gérée de la culture de sécurité, qui existe indépendamment de l'action managériale et est le résultat « d'un ensemble d'interactions entre les acteurs, leurs relations internes et externes, l'organisation, l'environnement, etc. ».

Le projet EMERAUDES, réalisé dans le cadre d'un programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS), s'est intéressé au rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en milieu hospitalier (comportements, croyances et représentations) (51). Cette recherche est basée sur une approche méthodologique qualitative et quantitative et a été expérimentée dans 7 établissements. Les résultats rendent compte d'une responsabilité managériale de la sécurité clairement identifiée par les managers, mais aussi par les autres professionnels. Cette responsabilité managériale se manifestait par des attentes particulières de ces deux groupes professionnels. Globalement, les professionnels rencontrés avaient une perception positive du niveau de sécurité dans leur établissement et dans les services de soins bien qu'elle reste encore à développer de leur point de vue. Ils justifiaient régulièrement cette perception positive par l'existence d'une culture de sécurité des professionnels (respect des règles de bonnes pratiques, compétences des professionnels, etc.).

En matière de soutien de leurs supérieurs hiérarchiques, la majorité des professionnels le jugeait « bon ». Le soutien du management de proximité ou du supérieur hiérarchique direct était particulièrement apprécié. Ils identifiaient, cependant, des points d'amélioration relatifs au soutien des top managers. Ce soutien plus important des managers de proximité avait été aussi observé lors d'une étude réalisée en 2001 par Pronovost *et al.* au *John Hopkins Hospital* de Baltimore (52).

L'étude PROGRESS en 2014 (53) avait également identifié le manque de soutien institutionnel comme un frein important à l'état d'avancement des actions en gestion des risques. L'inadaptation des moyens humains et matériels ainsi que le manque de valorisation du travail réalisé étaient les points les plus mentionnés. L'ensemble des professionnels interrogés s'était accordé sur 6 compétences principales incombant aux managers : 1/ animer et motiver les équipes, 2/ réguler et contrôler les pratiques et l'organisation, 3/ communiquer des informations et des outils relatifs à la sécurité, 4/ coordonner les professionnels et les actions, 5/ faire preuve d'exemplarité, et 6/ décider de la politique et de l'organisation opérationnelle de la sécurité. Les directeurs interrogés accordaient tous de l'importance à la sécurité. Cependant, le type d'engagement de ces managers variait, notamment en fonction de la taille de l'établissement et de leur situation financière. Dans les établissements les plus petits, ils s'impliquaient directement en réalisant par exemple des visites de sécurité, des actions de régulation et

d'animation sur le terrain. Dans les établissements de grande taille, ils tendaient à déléguer ces activités à la direction qualité et au président de la commission médicale d'établissement (CME). Ces directeurs avaient alors une activité ciblée sur la prise de décision, la communication institutionnelle et la coordination.

La culture de sécurité observée dans les établissements participants était surtout de type réglée (54) avec pour principale action l'accumulation d'exigences réglementaires, liées à la certification des établissements de santé. Ces exigences étaient souvent vécues par les soignants comme des contraintes supplémentaires, de nature bureaucratique et ne facilitant pas le travail.

Ces constats sont concordants avec les résultats de l'enquête réalisée par Laude et Chauvigné sur l'activité des top managers en santé (55). L'exercice actuel des directeurs d'hôpitaux est complexe dans la mesure où ils sont de plus en plus soumis à l'obligation de rendre des comptes (administration publique) tout en garantissant la performance de l'organisation dont ils ont la responsabilité. Cette nécessité de maintenir un équilibre implique la mise en œuvre permanente de stratégies d'ajustement, de « compromis opératoires ». En effet, l'articulation de logiques parfois contradictoires (réglementation et impératifs de fonctionnement : patients, professionnels, partenaires, etc.) oblige à des arbitrages entre considérations d'efficacité et de moyens. Au regard des activités principalement attribuées et observées chez les managers, il apparaît que dans la majorité des établissements étudiés, les managers mettent en œuvre un leadership transformationnel⁸ en essayant de construire une culture de sécurité basée sur la motivation, la communication, l'engagement de chacun et la considération des individus.

Le projet EMERAUDES s'intéressait aussi aux attentes des soignants sur les conditions de travail et le soutien du management. Une forte attente en matière de leadership transactionnel⁹ est ressortie. Les soignants attendaient des managers qu'ils régulent les pratiques et l'organisation, qu'ils définissent clairement leurs attentes, les objectifs et les priorités, ainsi que les rôles et objectifs de chacun. Les soignants exprimaient une volonté de voir se développer une dynamique de prévention et d'organisation de temps d'échanges autour de la sécurité. Ces attentes n'avaient pas été perçues par les managers.

Dans les établissements étudiés, le climat de sécurité était peu développé. Les résultats ont montré que les professionnels avaient une perception d'un soutien insuffisant des managers pour la sécurité des soins dans leur établissement.

Cette dimension ne semble pas avoir évolué par rapport à d'autres études réalisées antérieurement en France (56-58). Mesurée avec le même outil aux États-Unis en 2016, elle y apparaît plus développée avec un score moyen de 72 % dans les 680 établissements de santé américains composant la base de données de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (59). Ces meilleurs résultats peuvent être liés à la mise en place depuis plus de 10 ans aux États-Unis d'actions visant à faire évoluer le rôle des managers pour une amélioration de la culture de sécurité, en particulier les *safety walkrounds* (12, 60). Plusieurs articles mettent en évidence l'intérêt de cette démarche réalisée par les top managers dans les services de soins (14, 16, 21).

⁸ Leadership dit transformationnel : fonctionne sur le changement de comportement, de croyance des membres d'une équipe.

⁹ Leadership dit transactionnel : fonctionne selon un modèle effort/récompense, donnant/donnant.

9. Bibliographie

1. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open* 2017;7(11).
2. Fédération de l'hospitalisation privée. CME : Mode d'emploi. Guide. Paris: FHP; 2013.
<http://flipbook.fhp.fr/guidecme/files/assets/common/downloads/publication.pdf>
3. Haute Autorité de santé. Enquête culture de sécurité. Expérimentation gestion des risques en équipe 2013 (équipe de réanimation et d'obstétrique) [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1497866/fr/comprendre-et-mesurer
4. Haute Autorité de santé. PACTE - Programme d'amélioration continue du travail en équipe [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe
5. Gestion des risques. Mesure de la culture de sécurité des soins : enquête auprès des médecins engagés dans l'accréditation - 2011. *JAM J Accred Méd* 2012;Suppl 21(http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/supplement_jam21_2012_01.pdf).
6. Ocelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F, Claverie O, *et al.* Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2013;25(4):459-68.
7. Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé, Bouget M, Dutroit L, Pavard M, Djihoud A, Quenon JL. Campagne inter-régionale eFORAP 2015. Mesure du climat de sécurité des soignants. Rapport inter-régional. Besançon: FORAP; 2017.
<http://www.forap.fr/pdf/Rapport-inter-regional-campagne-eFORAP-MCSS-oct2017.pdf>
8. Vialle S, Kret M, Domecq S, Quenon JL, Michel P. Validation d'un questionnaire et d'indicateurs de Culture de sécurité : l'expérimentation CLARTE sur 91 établissements [Poster] ; 2013.
http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/adelf_emois_vialle_cs_-_poster.pdf
9. Health Foundation Inspiring Improvement. Does improving safety culture affect patient outcomes? London: Health Foundation; 2011.
<http://www.health.org.uk/sites/health/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>
10. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, *et al.* Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care* 2009;18(6):424-8.
11. Health Foundation Inspiring Improvement, Leonard M, Frankel A. How can leaders influence a safety culture. London: Health Foundation; 2012.
<http://www.health.org.uk/publication/how-can-leaders-influence-safety-culture>
12. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2013;22(1):11-8.
13. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158(5 Pt 2):369-74.
14. Singer SJ, Tucker AL. The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf* 2014;23(10):789-800.
15. Taravella R, Michel P. Les rencontres de sécurité des soins, une revue de la littérature. *Risques & qualité en milieu de soins* 2014;11(3):64-70.
16. Girerd-Genessay I, Michel P. Faut-il mettre en place des rencontres de sécurité des soins ? *Revue de la littérature. Rev Epidémiol Santé Publique* 2015;63(5):315-23.
17. Barnay A, Simon R, Darrin A, Chabloz C. Expérimentation des safety walkrounds en Rhône-Alpes. *Risques Qual Milieu Soins* 2017;14(4):223-30.
18. Singer SJ. Successfully implementing Safety WalkRounds: secret sauce more than a magic bullet. *BMJ Qual Saf* 2018.
19. Womack J. *Gemba Walks*. 2nd edition. Cambridge: Lean Enterprise Institute; 2013.
20. Peters T, Waterman RH. *In search of excellence: Lessons from america's best-run companies*. London: Profile Books LTD; 2003.
21. Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29(1):16-26.

22. Frankel A, Gandhi TK, Bates DW. Improving patient safety across a large integrated health care delivery system. *Int J Qual Health Care* 2003;15 (Suppl 1):i31-40.
23. Institute for Healthcare Improvement, Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership guide to patient safety. Innovation series white paper. Cambridge: IHI; 2006.
24. NHS Institute for Innovation and Improvement. The 'How to Guide' for Leadership for Safety. London: Patient Safety First; 2008.
- http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/Leadership%201.1_17Sept08.pdf
25. NHS Wales. A Patient Safety WalkRound Guide. Abercynon: Cwm Taf University Health Board; 2014.
- <http://www.cwmtafuhb.wales.nhs.uk/opendoc/247924>
26. Quality and Patient Safety Directorate. Toolkit Quality and Safety Walk-rounds. Toolkit. Dublin: Health Service Executive; 2013.
27. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units [ISRCTN85147255] [corrected]. *BMC Health Serv Res* 2005;5(1):28.
28. Frankel A. WalkRounds improve patient safety. Gaining feedback to provide exceptional patient care. *Healthc Exec* 2008;23(2):22-4, 6, 8.
29. Schwendimann R, Milne J, Frush K, Ausserhofer D, Frankel A, Sexton JB. A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study. *Am J Med Qual* 2013;28(5):414-21.
30. Chua ME, Luna SL, Jr. Assessing the effects of executive WalkRounds on safety climate attitudes in the OR setting at a tertiary hospital. *Am J Med Qual* 2014;29(3):260-1.
31. Rotteau L, Shojania KG, Webster F. 'I think we should just listen and get out': a qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds. *BMJ Qual Saf* 2014;23(10):823-9.
32. Zimmerman R, Ip I, Daniels C, Smith T, Shaver J. An evaluation of patient safety leadership walkarounds. *Healthc Q* 2008;11(3 Spec No.):16-20.
33. Feitelberg SP. Patient safety executive walkarounds. *Perm J* 2006;10(2):29-36.
34. Campione J, Famolaro T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2018;44(1):23-32.
35. van Dusseldorp L, Huisman-de Waal G, Hamers H, Westert G, Schoonhoven L. Feasibility and Added Value of Executive WalkRounds in Long Term Care Organizations in the Netherlands. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2016;42(12):545-AP3.
36. Menendez MD, Martinez AB, Fernandez M, Ortega N, Diaz JM, Vazquez F. Walkrounds y Briefings en la mejora de la seguridad de los pacientes. *Rev Calid Asist* 2010;25(3):153-60.
37. Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, Gould JB, Nisbet CC, Amspoker AB, *et al.* Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Qual Saf* 2014;23(10):814-22.
38. Donnelly LF, Dickerson JM, Lehkamp TW, Gessner KE, Moskovitz J, Hutchinson S. IRQN award paper: Operational rounds: a practical administrative process to improve safety and clinical services in radiology. *J Am Coll Radiol* 2008;5(11):1142-9.
39. Linden TC. The value of WalkRounds: using WalkRounds to lead more effectively. *Healthc Exec* 2009;24(6):76-8.
40. Tucker AL, Singer SJ. The Effectiveness of Management-By-Walking-Around: A Randomized Field Study. *Production and Operations Management* 2015;24(2):253-71.
41. Knobloch MJ, Chewning B, Musuuza J, Rees S, Green C, Patterson E, *et al.* Leadership rounds to reduce health care-associated infections. *Am J Infect Control* 2018;46(3):303-10.
42. Martin G, Ozieranski P, Willars J, Charles K, Minion J, McKee L, *et al.* Walkrounds in practice: corrupting or enhancing a quality improvement intervention? A qualitative study. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2014;40(7):303-10.
43. Matlow A, Stevens P, Urmsom L, Wray R. Improving patient safety through a multi-faceted internal surveillance program. *Healthc Q* 2008;11(3 Spec No.):101-8.
44. Sexton JB, Adair KC, Leonard MW, Frankel TC, Proulx J, Watson SR, *et al.* Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Quality Safety* 2017.
45. Nestrigue C, Or Z. Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. *Questions Econ Santé* 2011(171).
46. Biggs S, Banks T. A comparison of safety climate and safety outcomes between construction and resource functions in a large case study organisation. In *Occupational Safety in transport Conference*, 20-

21 September 2012, Crowne Plaza, Gold Coast, QLD. [En ligne] 2012.

http://eprints.qut.edu.au/56553/1/CONF_Biggs_ComparisonOfSafetyClimateAndSafetyOutcomes.pdf

47. Singer S, Tucker AL. Creating a culture of safety in hospitals. [En ligne] 2005.

http://fsi-media.stanford.edu/evnts/4218/Creating_Safety_Culture-SSingerRIP.pdf

48. Mintzberg H. Manager. Ce que font vraiment les managers...et ce qu'ils pour raient faire mieux. Paris: Vuibert; 2011.

49. Flin R, Yule S. Leadership for safety: industrial experience. *Qual Saf Health Care* 2004;13 Suppl 2:ii45-51.

50. Fucks I. L'énigme de la culture de sécurité dans les organisations à risques : une approche anthropologique. *Travail Humain* 2012;75(4):399-420.

51. Quenon JL, Levif-Lecourt M, Roberts T, Pourin C, Vacher A, Quintard B, *et al.* Etude sur le rôle des managers dans le développement d'une culture de sécurité en milieu hospitalier. Projet EMERAUDES Engagement des ManagERs pour l'Amélioration de la cUlture DE Sécurité. Rapport final. Bordeaux: CCECQA; 2017.

http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/emeraudes-rapport_final_resume.pdf

52. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, *et al.* Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care* 2003;12(6):405-10.

53. Quenon JL, Robert T, Porro Z. Etude sur les freins et leviers influençant l'avancement des actions de gestion des risques. Projet PROGRESS : CCECQA; 2014.

54. Simard M. La culture de sécurité et sa gestion. Dans: Stellman JM, ed. *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*. Genève: BIT; 2004.

55. Laude L, Chauvigné C. Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics : l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux. *Rev Intern Psychol* 2010;16(39):81-108.

56. Ocelli P, Quenon JL, Hubert B, Kosciolk T, Hoarau H, Pouchadon ML, *et al.* Development of a safety culture: initial measurements at six hospitals in France. *J Healthc Risk Manag* 2011;30(4):42-7.

57. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Qenon JL, Ocelli P. Impact de l'analyse de scénarios cliniques sur la

culture de sécurité dans 18 unités de soins d'Aquitaine, 2010. Pessac: CCECQA; 2011.

58. Colin C, Duclos A, Moret L, Vialle S. Rapport final du projet CLARTE. Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé. Pessac: CCECQA; 2013.

59. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety culture: 2016 user comparative database report. Rockville: AHRQ; 2016.

https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospital_sops_report_pt1.pdf

60. Institute for Healthcare Improvement, Frankel A. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Cambridge: IHI; 2004.

10. Gestion de projet

10.1. Coordination opérationnelle : Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

- Chefs de projet : Zineb MESSARAT-HADDOUCHE puis Rose-Marie DERENNE puis Catherine AUGER, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
- Dr Bruno BALLY, adjoint et Dr Laetitia MAY, chef de service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
- Assistante de gestion : Karima NICOLA
- Documentaliste : Emmanuelle BLONDET
- Assistante documentaliste : Renée CARDOSO

10.2. Groupe de travail (GT)

- Dr Arthur BARNAY, CEPPRAAL, HCL Lyon ;
- Mme Marie-Pierre BRAZI, SSR Val Rosay, Saint-Didier-au-Mont-d'Or ;
- Pr Jean-Pierre CANARELLI, rapporteur et membre de la CCES ;
- Mme Carole CARTEAU DE GUBERNATIS, CHU Nice ;
- Dr Claire CHABLOZ, CEPPRAAL, HCL Lyon ;
- Mme Sandra GENEVOIS, CEPPRAAL, HCL Lyon ;
- Dr Marie-Paule CHARIOT, clinique des Cèdres, Toulouse ;
- Dr Marie-José D'ALCHE-GAUTHIER, CHU Caen ;
- M. Jean-Luc DALMAS, Hôpital européen de Marseille ;
- Mme Danielle FREGOSI, CH Pays d'Apt ;
- Mme Isabelle L'HOPITAL-ROSE, clinique de la Chataigneraie, Beaumont ;
- Mme Monique MAZARD, CHU Nice ;
- Dr Cherif MESSIKH, SSR Val Rosay à Saint-Didier-au-Mont-d'Or ;
- Mr Stéphane MICHAUD, CH Niort ;
- Dr Jacques ORVAIN, École des hautes études en santé publique ;
- Pr Marie-Astrid PIQUET, CHU Caen ;
- Dr Michel POUDEX, centre Antoine-Lacassagne, Valombrose ;
- Dr Jean-Luc QUENON, CCECQA, Bordeaux ;
- Dr Gwenaël ROLLAND-JACOB, CH de Cornouaille, Quimper.
- Mme Bertrande SUBERBIE MAUPAS, SSR Val Rosay, Saint-Didier-au-Mont-d'Or ;

10.3. Groupe de parties prenantes (GPP)

- Fédérations (FHF, FHP, FEHAP, FNEHAD, Unicancer) ;
- Conférences présidents CME (CHU, CH, ESPIC, CHS, privé) ;
- Conférences de directeurs (CHU, CH) ;
- Collège des infirmiers ;
- Représentants des usagers : UFC-Que choisir et CISS.

10.4. Relecteurs

Dr Hélène ABBEY, QualiREL santé ;

Mme Audrey ANGSTER-ZIEGLER, Hospitalisation à domicile de l'agglomération nancéienne (HADAN) ;

Mme Pauline BAILLEUL, Réseau Santé Qualité Risques des Hauts de France ;

M. Michel BALLEREAU, Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) ;

M. Jean-Luc BARON, Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée ;

Mme Michèle BELLINOT, PACTE ;

Mme Sylvia BENZAKEN, Conférence des présidents de CME de CHU ;

M. Daniel BIDEAU, UFC-Que choisir ;

M. Emmanuel BOLZINGER, Hôpital privé Natecia, Lyon ;

M. Pascal BONAFINI, CH St Joseph et St Luc, Lyon ;

Dr Henri BONFAIT, STARAQS ;

M. Roland BOUET, CHS Henri Laborit, Poitiers ;

Mme Martine BOUYSSIE, Institut Paoli Calmette, équipe PACTE ;

Mme Laetitia BUSCOZ, Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP) ;

Mme Anne BUSSY, polyclinique Saint Odilon, équipe PACTE ;

Mme Chantal CATEAU, Union régionale des associations agréées du système de santé Centre-Val de Loire, association Le Lien ;

M. Jean-Yves CHASTENET, CH d'Ussel, équipe PACTE ;

Dr Anne COUSTETS, Santé service Bayonne et Région, HAD, équipe PACTE ;

M. Laurent CRESCI, hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne, équipe PACTE ;

Mme Anne CURAN, pôle activités médicales et soins Groupe Pro – BTP ;

Dr Valentin DAUCOURT, RéQUA ;

Dr Christophe DECOENE, Réseau santé qualité risques des Hauts-de-France ;

Mme Dominique DE WILDE, CHU Reims ;

Mme Valérie DUBUS, association Les Capucins ;

Mme Géraldine DUMESNIL ; CH Le Havre ;

Mme Laurine DUTOIT, Réseau santé qualité risques des Hauts-de-France ;

M. Kazim EROGLU, clinique des Cèdres, Brive-La-Gaillarde ;

FEHAP, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, privés non lucratif ;

Mme Marie-Claude GASTE, Collège infirmier ;

Pr Stéphanie GENTILE, PASQUAL ;

M. Thierry GODEAU, Conférence des présidents de CME de CH ;

Mme Bénédicte GUERRIER, HAD Haut Bearn et Soule, équipe PACTE ;

M. Jean HALLIGON, phlébologie – médecine vasculaire, La Membrolle ;
Mme Carine JANNIN, centre de réadaptation cardio-vasculaire Bois Gibert, équipe PACTE ;
Mme Christine LE TOLLEC, KORIAN ;
M. Michel MARSAND, CH de Villeneuve-sur-Lot, équipe PACTE ;
M. Emmanuel MARTIN, hôpital d'instruction des armées Percy, équipe PACTE ;
Mme Annie MORIN, CISS Pays de la Loire ;
M. Gilbert MOUNIER, Fédération des sociétés de gestion de risque FAQSS ;
Mme Dunia MUTABESHA, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, équipe PACTE ;
M. Stéphane PARDOUX, CHI de Créteil ;
Mme Véronique POZZA, CISS Pays de la Loire ;
Mme Rose PRETOT, CHU Dijon, équipe PACTE ;
M. Emmanuel SEHIER, RéQUA ;
Mme Marie José STACHOWIAK, STARAQS ;
Mme Noémie TERRIEN, QualiREL santé ;
M. Jean TOURRES, Polyclinique de l'Atlantique, équipe PACTE ;
Dr David VEILLARD, CAPPs Bretagne.

10.5. Établissements volontaires ayant participé à l'expérimentation HAS « Rencontres sécurité » (Février 2017 – Mars 2018)

Établissements (n = 11)	Secteurs d'activité (n = 22)
CH Cornouaille, Quimper	Médecine interne infectieuse et du sang
	Imagerie
CH Niort	Cardiologie
	Hémodialyse
CH Nord Caraïbe, Le Carbet	Unité SSR gériatrique
	Unité SSR traumatismes crâniens et post-AVC
CH Pays d'Apt	Unité médico-chirurgicale
	Urgences
CHU Caen	Endoscopie
	Gériatrie
CHU Nice	Chirurgie hanche et genou
	Urologie
	Réanimation
Clinique Ambroise Paré, Toulouse	Chirurgie 3
	Bloc opératoire
Clinique des Cèdres, Toulouse	Bloc opératoire
Clinique Les Cèdres, Brive-la-Gaillarde	Pôle orthopédie
	Pôle uro-viscéral
Hôpital européen de Marseille	Unité d'accueil des urgences
	Unité médico-chirurgicale de digestif
SSR Val Rosay, Saint-Didier-au-Mont-d'Or	Cardiologie
	Orthopédie

10.6. Modalités d'élaboration

Ce projet a fait l'objet d'une note de cadrage validée par le Collège de la HAS le 14 avril 2016. L'enjeu était de mobiliser le management sur les sujets de sécurité, grâce à ces rencontres sécurité, afin de développer la culture de sécurité des professionnels travaillant en établissement de santé, d'améliorer et de progresser en termes de sécurité des patients. L'objectif était de proposer un guide méthodologique accompagné d'outils pratiques pour aider au déploiement de cette méthode managériale, l'ensemble étant appuyé par la mise en œuvre d'une expérimentation nationale.

L'élaboration des livrables a été confiée au service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins de la HAS (Dr Laetitia May, chef de service) appuyé d'un groupe de travail pluriprofessionnel (cf. 9.2). Tous les membres du groupe de travail ont rempli une déclaration publique d'intérêts. Au total, 4 réunions avec le groupe de travail ont eu lieu (octobre 2016, février et novembre 2017 et juin 2018).

Les parties prenantes ont été consultées.

Une recherche bibliographique a été réalisée afin d'élaborer une première version du document, puis plusieurs versions successives du guide méthodologique ont été développées. Des outils pratiques ont également été développés (guide). Ces premières versions des livrables ont été testées lors de l'expérimentation nationale qui a été menée de février 2017 à mars 2018. À l'issue de l'expérimentation, un rapport d'expérimentation a été rédigé (document séparé téléchargeable sur le site de la HAS). Le guide méthodologique ainsi que les outils ont été implémentés des enseignements de cette phase d'expérimentation.

Une relecture du guide méthodologique et des outils finalisés a été réalisée. Les relecteurs (cf. 9.4) ont fait part de leur avis et commentaires. Le guide méthodologique a reçu un accueil très favorable et a suscité beaucoup d'enthousiasme. Les relecteurs ont donné leur degré d'accord sur le document proposé. La médiane obtenue a été de 8 sur une échelle de 1 « pas du tout d'accord avec l'outil proposé » à 9 « tout à fait d'accord avec l'outil proposé ». Les commentaires et avis ont été analysés par le groupe de travail et une nouvelle version du document a été produite.

La version définitive du guide accompagnée de ses outils a été soumise à l'approbation du groupe de travail avant sa validation par le Collège de la HAS le 28 novembre 2018.

