

HAS

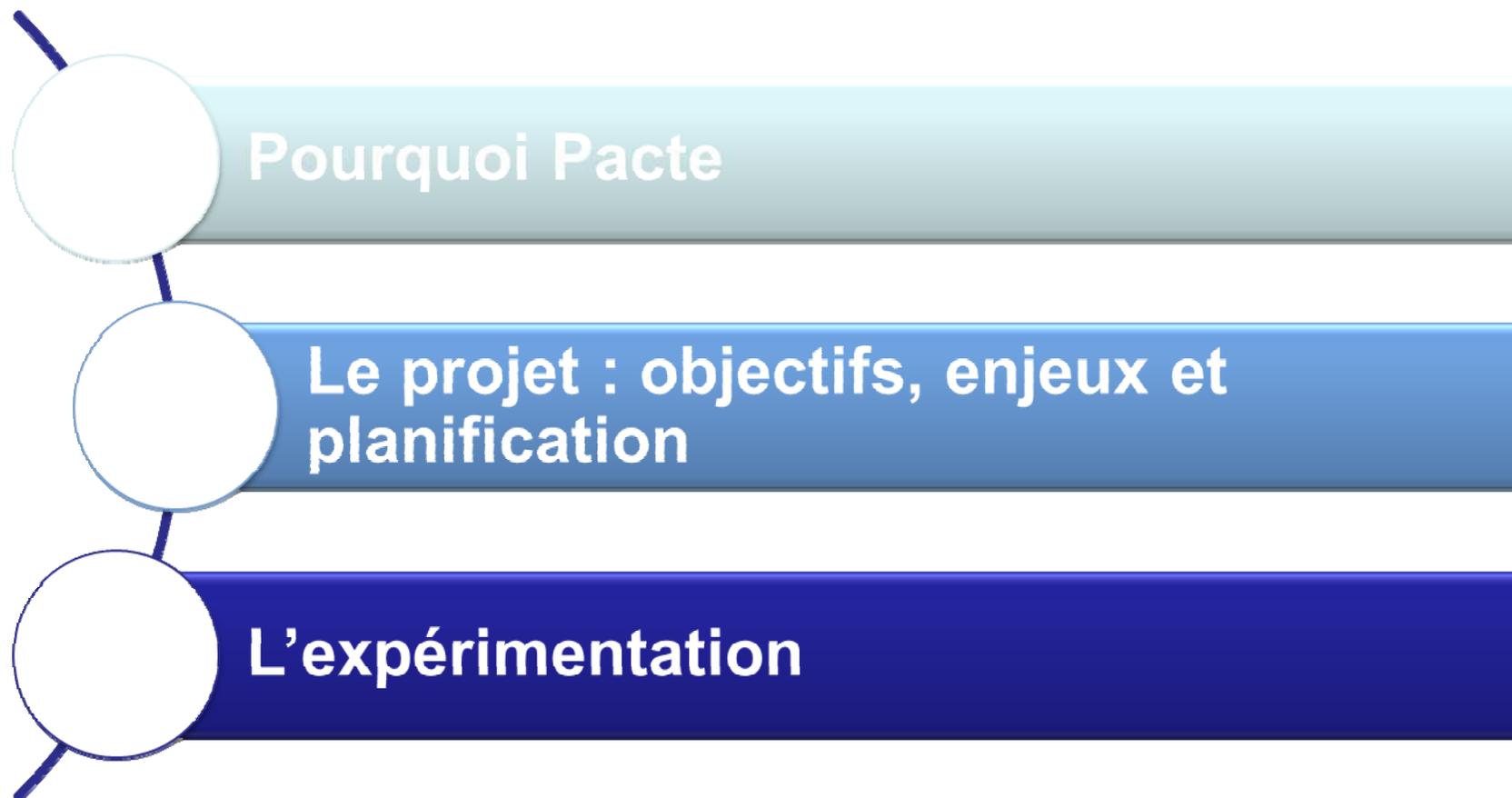
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Programme d'amélioration continue du travail en équipe Pacte



**Yasmine Sami (chef de projet)
Mission Sécurité du Patient**

Déroulé de la présentation





01

Pourquoi Pacte



Une histoire (1)....

Pierre prend la garde de nuit d'anesthésie en obstétrique à 19h30.

François, MAR en service de jour, reste jusqu'à ce que les salles terminent.

- Pierre arrive et croise François encore présent au bloc : « Où tu en es ? »
- François : « Ça va, je termine... »

Pierre va prendre les consignes en salles d'OB, pose une péridurale, et redescend : le bloc est vide, avec un patient tout seul dans une salle d'opération

- Pierre a l'instrumentiste : « Qu'est-ce qu'il fait là ce malade ? »
- L'instrumentiste : « C'est l'urgence... »
- Pierre qui recroise François : « Tu m'as dit que c'était terminé ! »
- François : « Ben oui, j'ai terminé ma journée, je m'en vais ! »

Comment vous débriefez quand il y a eu des frictions, des problèmes, des mots plus hauts que les autres ou blessants?

- Chacun reste dans son problème, pas de débriefing dans la très grande majorité des cas
- On essaie de se parler tout de suite après, entre paramédicaux
- On essaie de se parler tout de suite après entre médecins et paramédicaux quand les deux professions sont concernées
- On se plaint par derrière, entre 'nous'
- On se plaint au cadre
- On a un protocole prévu : on en parle de façon différée dans les instances, c'est un sujet de staff, ...

Je porte l'alerte, tu portes l'alerte...

- Dans mon service, quand je vois quelque chose d'anormal ou de dangereux fait par une autre personne, je peux lui dire ce que je pense, quel que soit mon statut et le sien
- Dans mon service, quand je vois quelque chose d'anormal ou de dangereux fait par une autre personne, et que je le dis, on m'écoute et on me considère
- Dans mon service, quand je me sens informé de ce que l'on va faire dans la prise en charge du patient à tous moments, et quand on change de stratégie, on m'explique pourquoi
- Dans mon service, quand la pression augmente, cela entraîne du retard dans le programme, on donne la priorité au travail, et on est moins regardant sur le suivi des protocoles de qualité et de sécurité

Oui, tout à fait

Dans certains cas

Jamais

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Une histoire (2)....

- Le bloc au téléphone : « *Bonjour, faites descendre Mr Pierre* »
 - Dans le service : L'AS « *Qui ?...Mr Pierreux ?...C'est lui que vous voulez ?...pour l'appendicite hein ?* » (le bloc raccroche)
 - L'AS prévient une IDE qui appelle le brancardier
- 3 appendicites sont programmées ce matin en chirurgie*
- L'IDE au brancardier qui arrive à l'office : « *c'est Mr... ah je ne sais plus lequel est en premier... attends, je regarde...* »
 - Elle ouvre le cahier de transmissions mais se trouve interrompue juste à ce moment, par un appel au bureau des IDE
 - Le brancardier qui a regardé en même temps le cahier au dessus de l'épaule de l'infirmière trouve l'info... fait un signe à l'IDE en disant que c'est OK et part chercher Mr W
 - L'infirmière revient, voit le brancardier attendre l'ascenseur pour descendre Mr W.
 - Comme elle a vu en partant que le brancardier avait trouvé l'info dans les transmissions, elle ne se pose aucune question

Le patient descendu au bloc était en fait le second du programme...

L'ordre avait été changé la veille, après la rédaction des consignes sur le cahier lu par le brancardier.

L'infirmière le savait (transmissions orales) mais n'y a plus pensé au moment de la consultation du cahier

Un exemple

Mr X, patient de 57 ans hospitalisé en chirurgie thoracique, porteur d'un drain thoracique.

- **6h30** : l'IDE, lors de son tour du matin en réalisant les soins et relevant les constantes, remarque que le drain de Mr X ne fonctionne pas bien
- L'IDE appelle l'interne de garde en chirurgie qui prescrit une radio de contrôle
l'hôpital dispose d'un système de numérisation des clichés de radiologie et d'une transmission rapide par Intranet
- **7h00** : à la radio reçue sur le PC du service, l'interne diagnostique une malposition du drain qui a bougé. L'interne de garde prend la décision de le reposer sans attendre
- **7h30** : l'IDE prépare le matériel et assiste l'interne dans la pose. Ayant fini sa garde, l'interne s'en va en prescrivant une radio de contrôle
- L'IDE consigne l'acte sur les transmissions infirmières à réaliser dans la matinée
- Pendant ce temps là, le cliché de radio de 7h00 interprété est remonté dans le service par un brancardier
- **8h30** : le chef de clinique qui prend son poste, voit la radio effectuée, identifie le drain qui est sorti de son emplacement et prend la décision de le reposer rapidement avant la grande visite du « patron » vers 9h30
- **8h45** : il fait préparer le patient par la même IDE du matin, enlève le drain et le repose
- L'IDE ne signale pas que le drain a déjà été changé une fois à 7h30

QUIZZ ?

Les causes d'erreurs en établissement de santé relèvent

A - D'équipements désuets

B - D'incompétence des soignants

C - Du système

D - D'un manque de soins

E - De la stupidité

QUIZZ ?

Quel est l'intrus caché parmi les dimensions d'une équipe efficace

A – Adaptation



B - Complaisance



C - Confiance



D – Partage de l'information



E - Respect



POURQUOI LE PROJET PACTE ?

➔ **ENEIS 2010 : le facteur équipe représente 50% des causes profondes des EIG évitables survenant durant l'hospitalisation**

➔ **Près de 70% des événements sentinelles analysés par la Joint Commission font apparaître comme cause racine un problème de communication**

➔ **Le travail d'équipe sécurise la PEC du patient et améliore la culture sécurité**

- 27% reduction in nurse turnover (Dimeglio, 2005)
- 31% to 4% decrease in clinical error (Morey, 2002)
- Le score moyen pour les 12 domaines de la culture sécurité a augmenté de 9% des réponses positives après la formation (Jones F, 2013)

➔ **La participation a un programme de team training dans un bloc op diminue de 18% la mortalité après 2 ans d'efforts (Hôpitaux des Vétérans)**

- constitue une barrière de sécurité
- est un facteur de qualité de la prise en charge du patient
- est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels
- est un moyen de répondre de manière collaborative et inter-disciplinaire aux besoins du patient

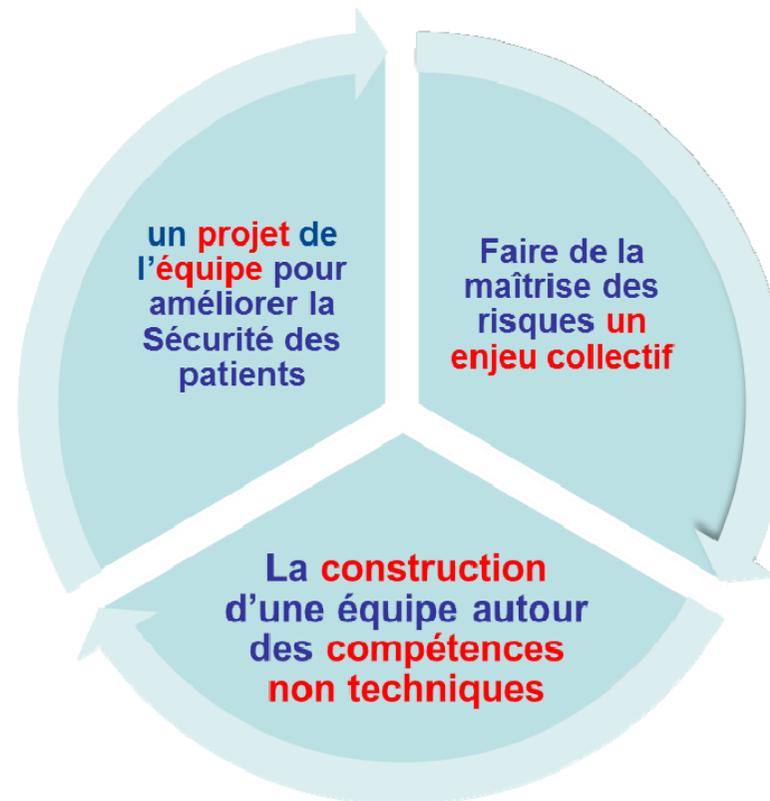


02

Pacte, le projet

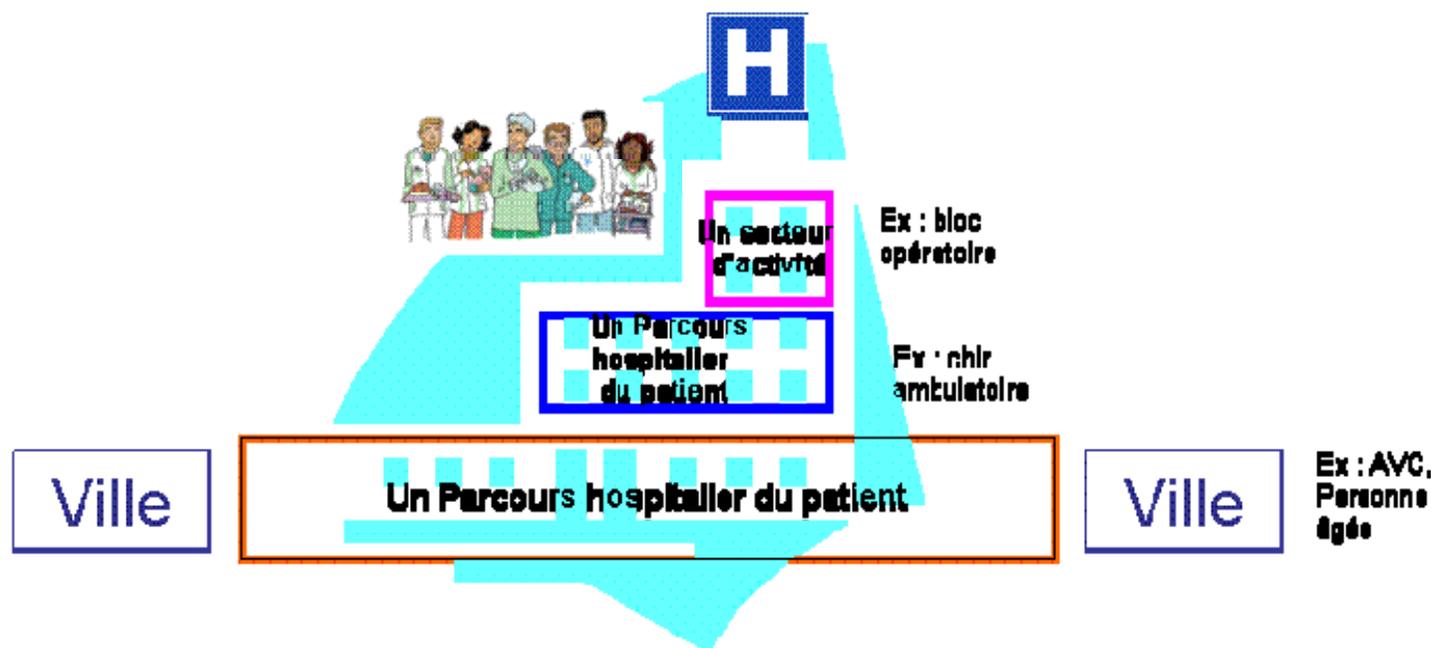
Objectifs Pacte

Pacte : c'est à terme, une équipe évaluée qui a mis en œuvre un Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe dont l'objectif principal est d'améliorer la sécurité du patient



Une équipe : c'est qui?

Au moins 2 personnes qui ont chacune des rôles spécifiques, qui coordonnent leurs actions, les adaptent et coopèrent pour atteindre un objectif commun et partagé. Il revient donc à chaque équipe de se définir.



Enjeux d'amélioration(1)



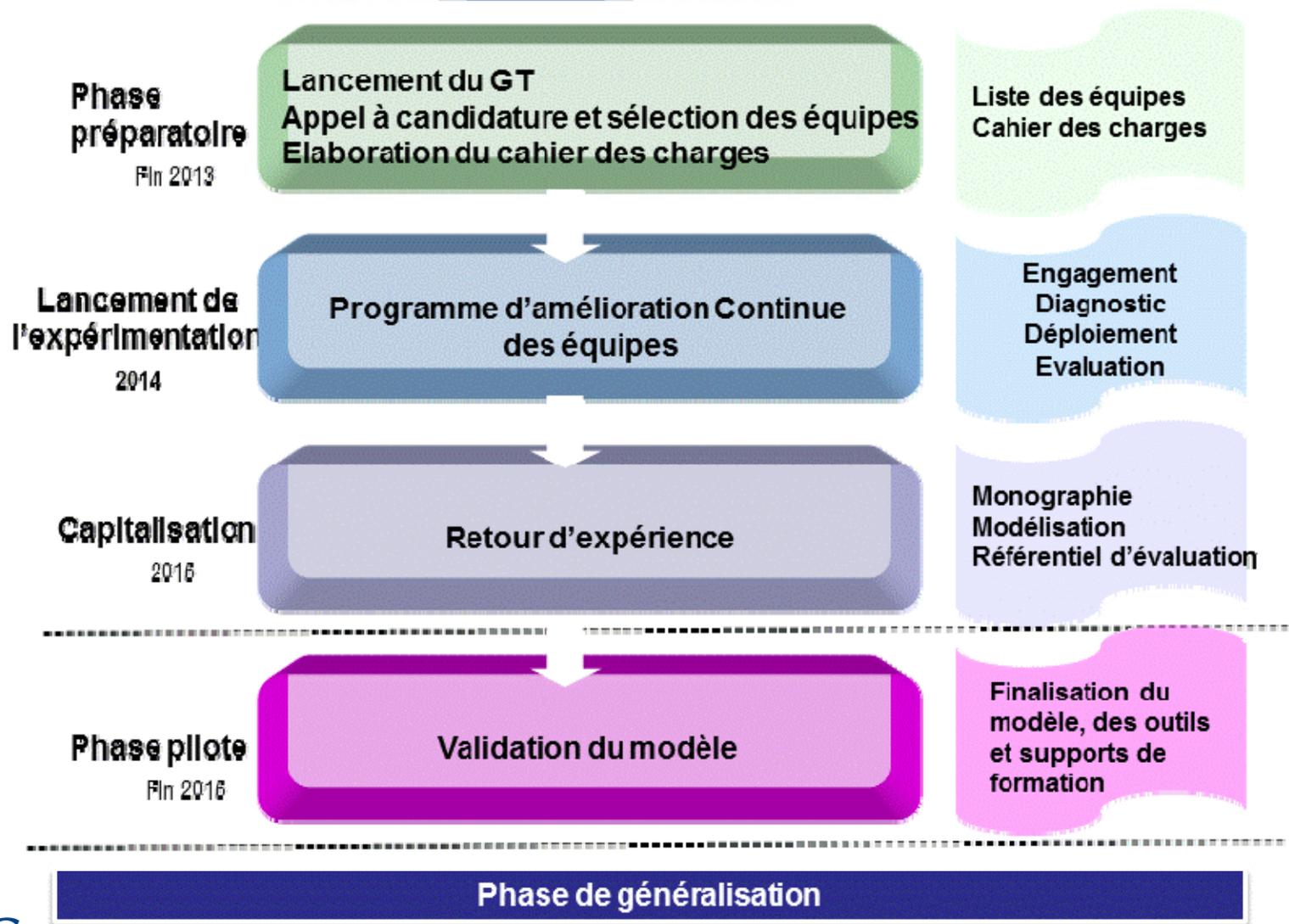
Enjeux d'amélioration(2)

- Le patient/entourage est-il encouragé à prendre la parole ?
- Le patient/entourage a-t-il reçu des informations, explications sur son rôle et sa participation dans l'équipe, selon quelle(s) modalité(s) et à quel(s) moment(s) ?
- Les équipes sont-elles formées à la communication avec le patient/entourage ?
- Le travail en équipe multidisciplinaire au sein de l'organisation de soins est-il encouragé ?
- Les équipes sont-elles soutenues, valorisées ?
- Les équipes sont-elles formées à la communication efficace entre professionnels ?
- Y a-t-il des incidents impliquant un problème de communication ?
- Les risques associés à la fatigue sont-ils pris en compte pour les tâches clés ?
- Les membres de l'équipe peuvent-ils compter les uns sur les autres ?
- Quels sont les processus de retour d'expérience ?

Les leviers



Les étapes du projet





03

L'expérimentation

L'expérimentation

Le but de **l'expérimentation** est de tester et évaluer un programme :

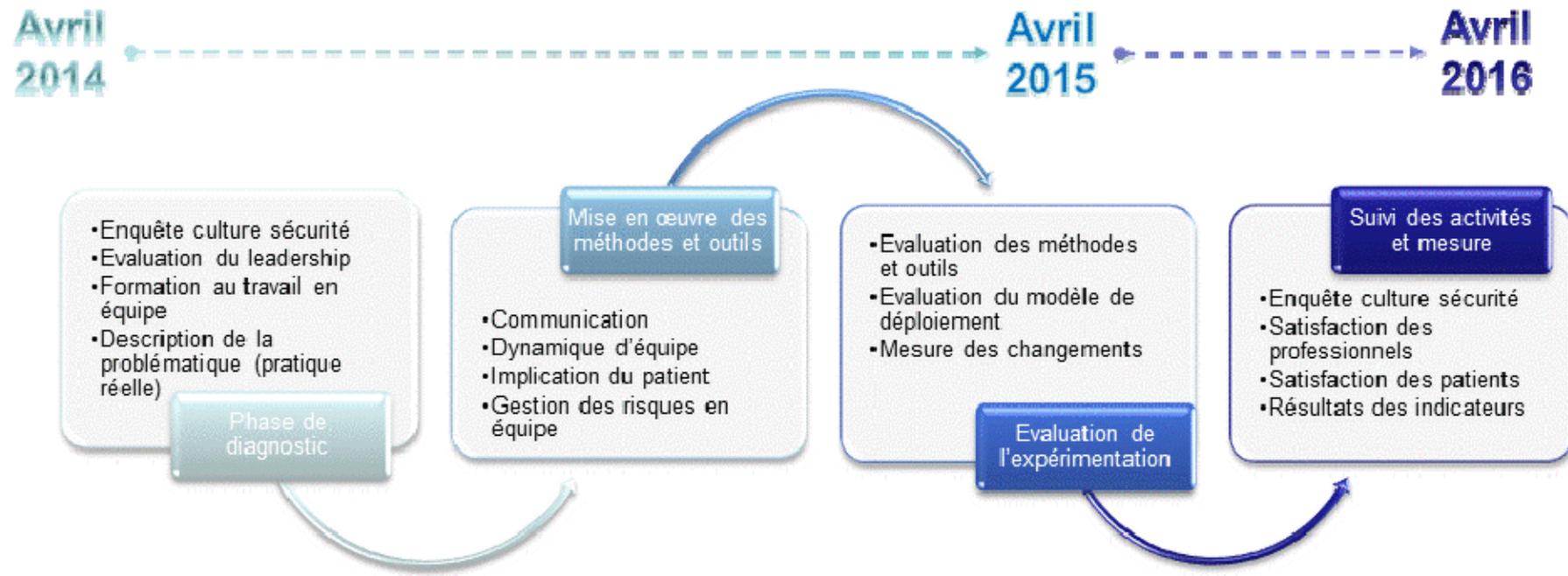
- En proposant une trousse à outils d'aide à la mise en œuvre du travail en équipe, généralisable quelle que soit l'activité de l'équipe,
- Par des actions sur les facteurs contributifs associées aux difficultés de communication, à l'organisation des tâches, au fonctionnement de l'équipe et à la participation du patient.

Les équipes retenues



CHU	CHU de Nice CHU d'Angers Hospices Civils de Lyon (HCL)
CH	CH de Cornouaille CH de Laon CH Victor Dupouy CH René Dubos
ESPIC	HAD Croix Saint-Simon Institut Mutualiste Montsouris
PRIVE	Clinique des cèdres Hôpital Privé De Villeneuve D'Ascq Clinique Ker Yonnec Pole gériatrique de Mar Vivo Clinique de la Casamance
CLCC	Institut Bergonié ICO site Nantes

Vision d'ensemble de l'expérimentation



A retenir...



« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. »

Henry Ford

« Travailler en équipe est un choix stratégique, pas un dogme »

Philippe Perrenoud, l'équipe éducative