

Programme d'amélioration  
continue du travail en équipe

Pacte

## Gestion des risques en équipe associée à la sécurité des patients



### Objectifs

La gestion des risques associés aux soins en établissement de santé relève d'une démarche collective.

➔ Faire de la sécurité du patient, une affaire d'équipe, à travers notamment la confrontation des idées, la cohésion d'équipe, la prise en compte des modalités de coopération, de communication, du travail en équipe, etc. dans l'analyse des risques et l'apprentissage collectif.

## Contexte

La prise en charge des patients évolue dans un contexte de plus en plus instable et complexe (multiplication des interfaces, contrainte temporelle, technologique, etc.), ce qui les amène à faire face à des risques sans cesse plus nombreux, et parfois difficilement prévisibles.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité du patient dépend de la capacité d'une équipe à travailler ensemble<sup>12,3</sup> de façon efficace, en collaborant avec d'autres acteurs.

## Enjeux

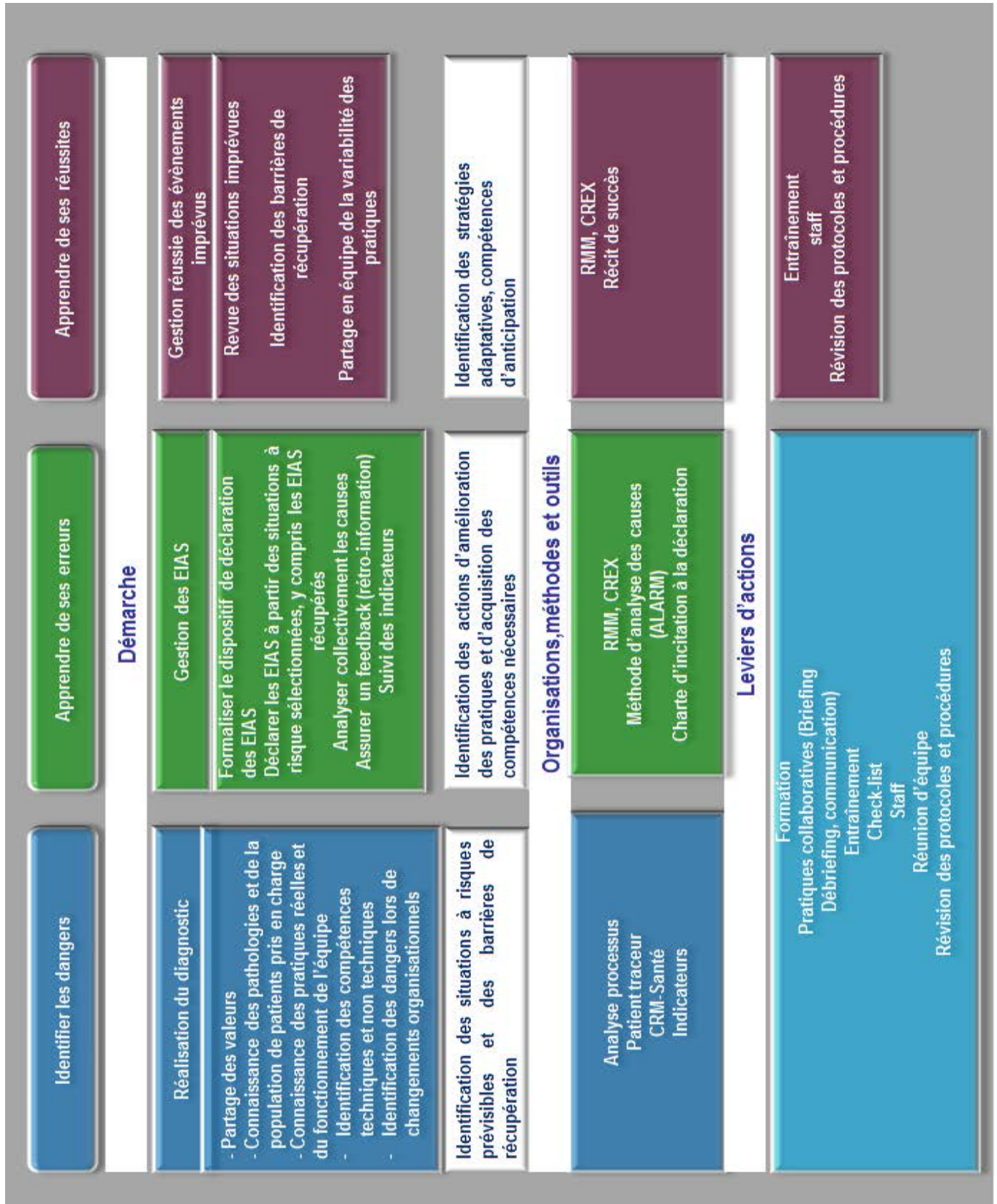
1. Promouvoir/renforcer une vision systémique (modèle de Reason) d'identification, d'analyse et de traitement des risques. La plupart des EIAS proviennent d'une combinaison de défaillances du système ; Cette approche permet d'identifier les causes profondes et les barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné et également de pouvoir agir sur la phase de récupération ;
2. Renforcer la capacité d'une équipe à faire face aux situations habituelles (existence de procédures, de règles), inhabituelles et imprévues, ainsi qu'à la variabilité des situations réelles rencontrées ;
3. Développer une réflexion collective, permettant le débat des situations réelles rencontrées par les professionnels/patients et la construction de nouvelles connaissances, voire des apprentissages. Cette pratique peut porter sur des situations d'échec, mais aussi sur les réussites ;
4. Promouvoir une démarche ascendante (Bottom up), en impliquant les équipes qui délivrent les soins (niveau microsystème) et le patient. La sécurité du patient dépend de ce qui se passe au sein de chaque unité contributrice et des modalités de fonctionnement entre différents secteurs.
5. Prendre en compte les compétences non techniques (coopération, communication, prise de décision, la gestion du stress etc.) en complément des compétences techniques (métier), dans la sécurité des patients afin de développer la capacité d'une équipe à anticiper, récupérer, voire atténuer une situation à risque ;
6. Traiter la gestion des EIAS\* comme une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective de gestion des risques et d'apprentissage.

<sup>1</sup> Griffiths, P., Renz, A., Hughes, J. et Rafferty, A.M. (2009). "Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals : a scoping review", Journal of Hospital Infection, vol. 72, n°1, p.1-14

<sup>2</sup> Sovie, M.D. et Jawad, A.F. (2001). « Hospital restructuring and its impact on outcomes : nursing staff regulations are premature », Journal of Nursing Administration, vol.31, n° 12, p.588-600

<sup>3</sup> Whitman, G.R., Kim, Y., Davidson, L., J., Wolf, G.A., et Wang, S.I.(2002). "The impact of staffing on patient outcomes", Journal of Nursing Administration, vol. 32, n°12, p.633-639

\*Événement indésirable associé aux soins



## Programme à réaliser dans Pacte

Eléments à rappeler :

- La plupart des événements indésirables associés aux soins (EIAS) proviennent d'une combinaison de défaillances du système et non le résultat d'une personne unique ;
- La prise en compte des facteurs humains et organisationnels permet d'améliorer la sécurité des patients. Analyser un événement, c'est aussi prendre en compte la situation du travail, c'est-à-dire les conditions de réalisation de l'activité
- La démarche de gestion des risques doit mieux articuler la sécurité réglée et gérée.

1. Formaliser le dispositif de déclarations des événements indésirables associés aux soins (EIAS) en équipe ;
2. Réaliser des débriefings suite à des événements (apprendre de ses erreurs et de ses réussites)
3. Réaliser des débriefings reliés à des situations récupérées ; encourager les équipes à les signaler.
4. Déclarer, à partir des situations à risques sélectionnées (notamment dans la phase de diagnostic) : Identifier au moins 2 types d'EIAS survenus dans l'équipe en lien avec la problématique
5. Organiser l'analyse collective des EIAS (RMM, CREX, REMED, etc.) et utilisant une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM) ; cette analyse doit également inclure des événements récupérés
6. Entraîner les professionnels à l'annonce d'un dommage lié aux soins
7. Mettre en œuvre les actions d'amélioration des pratiques et d'acquisition des connaissances nécessaires et les évaluer



## **Focus sur les organisations (type RMM, CREX, etc.)**

Ces temps de réunion doivent constituer un espace de parole protégé afin de récupérer les faits issus du cas à analyser tout en prenant en compte la parole de chacun des professionnels.

### **Objectif :**

Optimiser le fonctionnement du groupe  
Prévenir les mécanismes de défense<sup>4</sup>

### **Finalités :**

Passer d'un groupe à une équipe qui fonctionne  
Augmenter la communication et la capacité de l'équipe à coopérer

### **Proposition d'un cadre<sup>5</sup> « conditions de réussite de l'analyse collective des événements en équipe »**


---

<sup>4</sup> Clavel et al., L'intervention des sciences humaines en psychologie et en éthique dans les revues de morbi-mortalité en obstétrique Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2013) 42 :383-392

---

<sup>5</sup> Cadre canadien d'analyse des incidents

## Les méthodes et outils d'aide (liste non exhaustive)

Méthodes d'analyse	Organisations de REX
<input type="checkbox"/> <u>Méthode ALARM</u> ( <i>association of litigation and risk management</i> )	<input type="checkbox"/> <u>Revue de Mortalité et morbidité</u> (RMM)
<input type="checkbox"/> Méthode <u>RECUPERARE</u>	<input type="checkbox"/> Comité de Retour d'Expérience (CREX)
<input type="checkbox"/> Méthode des scénarios	<input type="checkbox"/> Staff
<input type="checkbox"/> AMDE (analyse des modes de défaillance et de leurs effets)	<input type="checkbox"/> RCP
AMDEC (analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité)	
<input type="checkbox"/> REMED (revue des erreurs médicamenteuses)	
<input type="checkbox"/> Arbre des causes	
<input type="checkbox"/> JDA (Jugement Différentiel d'acceptabilité des écarts)	

## Pour en savoir plus

### Revue de Morbidité-Mortalité (RMM)

- Haute Autorité de Santé. Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM). Guide méthodologique. Saint Denis La Plaine: HAS; 2009.

### Réunion de concertation pluridisciplinaire

- Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer. Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP). Saint Denis La Plaine: HAS; 2006.

### Simulation

Haute Autorité de Santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé Saint Denis La Plaine: HAS; 2012.

### Retour d'expérience

- Quenon JL, Gottot S, Eveillard D, Patte D, Brodin M. Une méthode de gestion des risques : le retour d'expérience. Technologie et Santé 2002;(48):45-8.

### Annonce d'un dommage associé aux soins

- Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

### Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique. HAS, 2012

## **Mode d'emploi pour imprimer la fiche en mode livret**

Paramétrer l'imprimante comme suit :

- recto verso retourner sur le long côté
- sélectionner le mode livret