

Outil pour l'amélioration des pratiques

Guide pour l'élaboration d'un projet de service partagé

L'équipe face aux situations de violence : valeurs, projet, fonctionnement, évaluation

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence
dans l'évolution clinique des patients adultes lors des
hospitalisations en service de psychiatrie

→ Finalité

- Construire un projet d'équipe qui contribue à l'amélioration de la prévention et de la gestion des situations de violence.
- Favoriser, par une démarche d'équipe, la qualité et la sécurité des soins et la qualité de vie au travail.

→ Programme

[Programme 11 - Construire une dynamique d'équipe](#)

Guide pour l'élaboration d'un projet de service partagé - L'équipe face aux situations de violence : valeurs, projet, fonctionnement, évaluation

012

→ Mode d'emploi

Le guide proposé décrit les principes et les étapes de la construction d'un projet d'équipe pour l'amélioration de la prévention et de la gestion de la violence lors d'une hospitalisation en service de psychiatrie.

La notion de « service » doit être comprise au sens large, elle désigne une équipe de soins et peut prendre la forme d'une unité, d'un service, ou de toute structure interne (pôle par exemple). Dans les établissements de petite taille, c'est l'établissement lui-même qui correspond à cette structure interne et il n'y a pas de distinction entre un « projet d'établissement » et un « projet de service ». Dans ces cas, on suggère d'aborder et de travailler cet outil en lien avec les programmes et outils qui concernent le rôle de l'institution.

[Programme 12 - Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement](#)

[Outil 13 - Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement](#)

Il n'existe pas une façon de faire unique, il s'agit ici de proposer un cadre pour accompagner la dynamique de l'équipe ; c'est un « canevas » à adapter à ses spécificités, ses ressources, ses contraintes... Les méthodes et outils à mettre en œuvre peuvent différer. Il est important que chaque équipe développe ses propres compétences et organisation.

Le guide propose quatre étapes opérationnelles pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'équipe.

- Définir les valeurs et une philosophie du soin partagées.
- Élaborer un projet de service/d'unité.
- Faire fonctionner une équipe :
 - manager avec leadership ;
 - promouvoir la synergie de l'équipe ;
 - définir en équipe les règles de fonctionnement.
- Évaluer et réviser le projet de service d'unité.

→ L'outil

Préambule

Les défaillances de communication et du travail d'équipe jouent un rôle majeur dans la survenue des événements indésirables (erreurs, dysfonctionnements...)¹. *A contrario*, l'équipe fonctionne comme une « barrière de sécurité »². L'équipe est aussi le lieu où s'élaborent la bienveillance des patients et la qualité de vie au travail des professionnels. Des programmes ont vu le jour afin de développer cette fonction de protection et la dynamique d'amélioration au niveau du microsystème, « là où se rencontrent les patients, les familles et les professionnels »³.

Les équipes de psychiatrie sont particulièrement concernées et les études disponibles montrent les liens complexes qui lient les incidents violents dans les services de psychiatrie et la qualité du fonctionnement des équipes (Katz 1990) (Estryn-Behar 2008) (Papadopoulos 2012) (voir annexe 1).

L'expérience des professionnels rejoint les résultats issus des études

Pour être rassurante, une équipe doit elle-même être rassurée par une organisation, des champs d'intervention et des objectifs clairement définis et partagés. Un service apaisé, au cadre bien défini, dont le suivi des projets individualisés est quotidiennement adapté sera moins exposé aux passages à l'acte. L'équipe sera plus à même d'observer l'évolution clinique des patients et de leur apporter des réponses appropriées, ayant une meilleure « capacité d'anticipation ».

Elle pourra mieux se positionner pour entendre les différentes demandes de patients, et les intégrer comme facteur à part entière de l'évolution du projet de soins. Un environnement bienveillant qui mise sur la qualité de la relation établie avec le patient est la meilleure prévention de la violence sur un plan général.

¹ Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79(2):186-94.

² Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53(2):143-51.

³ Voir annexe 2 - HAS. [Programme d'amélioration continue du travail en équipe - Pacte](#)

Il est donc particulièrement important que les services et unités d'hospitalisation se réfèrent à une éthique, à une philosophie du soin et à un projet de service clairement posés et partagés.

Ces valeurs et ces objectifs relèvent d'une réflexion partagée par tous les membres de l'équipe pluriprofessionnelle, d'évaluations et d'ajustements pour améliorer les pratiques.

Cette démarche est d'autant plus indispensable que les professionnels travaillent dans un contexte de tensions sur les moyens et les effectifs.

Le positionnement des responsables d'équipe est déterminant. La présence médicale doit être suffisamment importante pour réévaluer régulièrement les évolutions et les projets de soins. Elle doit être incarnée par des psychiatres ayant une certaine expérience pour anticiper les situations de crise cliniques ou institutionnelles et les régler le plus efficacement possible en entretenant un climat général serein.

Ce n'est pas tant le quota de présence qui compte que la capacité d'alerte de tous les membres de l'équipe, la compréhension partagée de la situation, la capacité d'une équipe à faire face à ces situations, parce qu'elle est entraînée.

1. Définir les valeurs et une philosophie du soin partagés

Le projet de service doit être imprégné d'une référence à la qualité et à la sécurité des soins et d'une préoccupation partagée de bienveillance.

[Programme 13 - Promouvoir les droits des patients, les démarches éthiques et de bienveillance](#)

Pour rester réaliste et éviter les écueils du registre sécuritaire ou de l'angélisme, une réflexion doit être menée sur l'équilibre à trouver entre le respect des personnes soignées et des libertés, d'une part, et le souci de sécurité pour elles, pour leurs proches et ceux qui les soignent, d'autre part.

Le point de départ de cette réflexion est la reconnaissance de la personne accueillie comme sujet à part entière : elle n'est pas seulement un malade et nul n'est totalement indemne de troubles anxieux, émotionnels ou psychologiques. L'une des positions des soignants doit être : comment souhaiterions-nous être soignés ou que nos proches le soient ? Une situation de violence n'est pas uniquement le fait du patient. Ne travailler qu'au regard de la violence d'un patient est susceptible de l'aggraver voire de l'induire. Une situation de violence correspond à un ensemble complexe de facteurs à prendre en compte, notamment lors de l'élaboration d'un projet de service.

Ces valeurs s'identifient et se travaillent autour de temps de rencontre en équipe et en associant les représentants des usagers. La présence d'usagers

dans les instances de réflexion et d'élaboration des projets de service (réunions des conseils de service, des réunions de pôles par exemple) est indispensable.

Ce travail au sein de l'équipe doit être mis en regard et en cohérence avec le travail similaire d'identification et de formulation des valeurs et de l'éthique au niveau de l'institution.

2. Élaborer un projet de service/d'unité

Certains principes doivent animer une démarche d'élaboration d'un projet d'unité ou de service (dans les petits établissements, cela peut être le projet d'établissement) :

- l'implication du chef de service, du responsable médical ou du chef de pôle et de l'encadrement, en partenariat avec les usagers, est déterminante dans la démarche ;
- une conception des soins, dès l'origine du projet, permettant de proposer des orientations en matière d'organisation tout en restant ouvert aux initiatives et propositions des groupes de travail ;
- la mise en place d'une construction collective pour que chacun puisse se l'approprier et pour contribuer à une identité partagée ;
- la cohérence à assurer entre le projet de service et le projet institutionnel.

La méthodologie retenue doit intégrer ces principes en :

- s'appuyant sur une démarche participative et sur des groupes de travail ouverts aux différents personnels mais également, lorsque cela est possible, à des représentants d'usagers et de familles ;
- valorisant le contexte local, les lieux et les acteurs du soin, à partir d'une approche centrée sur les microsystèmes cliniques ;
- partant d'un état des lieux de l'existant, des patients pris en charge, des moyens et ressources disponibles, des processus, des particularités du service et de son histoire, des forces et des faiblesses repérées et de l'inscription dans un ensemble plus large (établissement, territoire de santé, etc.)⁴ ;
- partageant la réflexion pour construire un projet d'amélioration en hiérarchisant les priorités et en intégrant le principe de réalité pour tenir

⁴ L'utilisation d'outils peut aider à mettre en travail cet état des lieux dans une équipe. On peut citer l'exemple de la méthode des « 5P » « Projet, Patients, Professionnels, Processus, Particularités » développée dans le cadre des démarches « microsystèmes ». The Microsystem Academy at The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice <https://clinicalmicrosystem.org/>

- compte de l'écart entre le souhaitable et le possible ;
- faisant correspondre des projets de formation aux objectifs définis ;
- faisant s'articuler les fiches de postes pour chaque catégorie professionnelle de l'équipe, le projet de service, les projets de pôle et d'établissement ;
- prévoyant une formalisation du projet régulièrement réajusté.

3. Faire fonctionner une équipe

Un effectif suffisant et leur stabilité sont les prérequis du fonctionnement d'équipe.

3.1 Manager avec leadership

L'encadrement d'un service, d'une unité fonctionnelle ou d'une équipe doit s'entendre dans sa double dimension, médicale et paramédicale. Manager avec leadership⁵ est un des éléments nécessaires à la dynamique d'une équipe. Il contribue à la construction d'une philosophie du soin partagée ; il entretient une relation de confiance et permet l'implication des professionnels dans le fonctionnement du service. Forger une équipe se construit autour du leadership et de l'exemplarité portés par les médecins et les cadres.

Ce leadership s'appuie sur :

- une connaissance approfondie des situations de travail « réel » au sein du service ;
- une présence physique et psychique suffisante de l'encadrement et du corps médical au sein du service, auprès des patients comme des professionnels de l'équipe ;
- des actions de soutien qui donnent du sens aux actions des professionnels et font le lien avec les valeurs partagées ;
- le soutien de l'équipe par l'encadrement s'exerce notamment dans le partage des interventions sur les situations critiques et s'appuie sur une reprise et une réflexion communes *a posteriori* sur ces situations critiques ;
- des échanges formalisés fréquents entre médecins et cadres en position de responsabilité afin d'assurer la cohérence du pilotage ;
- la mise en place de temps d'échanges, de recul et de réflexion permettant la régulation des conflits, confortant le sentiment d'appartenance et engageant une dynamique d'amélioration ;

⁵ Ce terme définit la capacité à mobiliser des individus dans le but d'atteindre certains objectifs

- le recueil et la diffusion de données et de résultats sur la prise en charge des patients, sur l'organisation du service, de l'établissement.

Les responsabilités médicales et celles des cadres doivent être précisées et connues de tous. Cela passe par :

- une répartition clarifiée du temps médical dans les différents lieux d'intervention ;
- l'existence de relais pour la continuité des soins. Par exemple : anticipation des remplacements en cas d'absence pour le suivi clinique des patients ;
- une définition et une mise à disposition au sein de l'équipe des agendas des médecins et des cadres ;
- l'organisation de la disponibilité par téléphone lorsque le médecin ou le cadre intervient sur une autre unité : le médecin ou le cadre doit pouvoir rester disponible pour un avis, un soutien ou une évaluation à distance ;
- la définition de l'engagement des médecins, des cadres et du chef de pôle en situation de crise ;

Outil 7 - Appel à renforts

Outil 5 - Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence

- une hiérarchisation des priorités, avec une capacité à abandonner certaines activités pour les encadrants pour s'adapter à l'exceptionnel. Les médecins et les cadres doivent être perçus comme un soutien pratique et concret ;
- une clarté dans la formulation des projets, prescriptions et organisations des soins afin de limiter les zones d'incertitude lors de leur mise en œuvre par l'équipe.

3.2 Promouvoir la synergie de l'équipe

Le climat au quotidien, la solidarité et le sentiment d'appartenance au sein d'une équipe conditionnent tout autant la qualité de vie au travail⁶ que la qualité et la sécurité des soins⁷.

⁶Carter AJ, West MA. Sharing the burden: team work in health care setting. In: Firth-Cozens J, Payne RL, ed. Stress in health professionals. Chichester: John Wiley; 1999. p. 191-202.

⁷Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in

Ils se travaillent et se développent :

- en évaluant le climat à partir d'une enquête culture sécurité ;
- en construisant des valeurs communes appuyées sur des références éthiques ;
- en veillant aux « détails » du quotidien qui favorisent l'ambiance de travail ;
- en levant les cloisonnements et en facilitant les complémentarités ;
- en favorisant les temps formels et informels de partage et de présence, notamment des médecins et des cadres ;
- en reconnaissant l'importance de chacun et en le valorisant dans sa fonction, ses compétences et son inscription dans le travail collectif ;
- en reprenant les dysfonctionnements d'équipe sans stigmatiser les personnes, afin de maintenir une réflexion sur l'amélioration des pratiques et proposer des actions pour améliorer les compétences individuelles et collectives.

| Outil 9 - Réunion d'équipe post-incident

La cohésion d'équipe est déterminante dans la prévention primaire des situations de violence mais la solidarité ou l'entraide vont aussi s'exprimer dans des complémentarités spontanées en cas de tensions et de risques de violence. Le positionnement des médecins et des cadres doit être complémentaire et cohérent pour limiter les failles et les contre-ordres déstabilisants.

3.3 Définir en équipe les règles de fonctionnement

On peut identifier un certain nombre de conditions favorisant un bon fonctionnement en équipe :

- la définition de projets d'unité/de service et le cas échéant de pôle ;
- une organisation lisible pour les usagers et les partenaires (horaires de visites, jours et horaires de consultations...);
- un climat de confiance et une culture juste de l'apprentissage par l'erreur avec un système de déclaration des événements indésirables opérationnel ;
- l'organisation de temps de relève suffisants pour permettre la transmission d'informations lors des relais d'équipe ;
- la coordination entre les temps de prise en charge (importance de l'accueil, préparation d'une sortie et des relais extra-hospitaliers, préparation d'une hospitalisation) ;

- la clarification de ce que chacun va apporter à la prise en charge des patients, à sa place et dans sa fonction, pour que chacun connaisse sa mission, notamment dans la gestion des moments de violence ;
- un suivi et une analyse du *turn-over*, de l'absentéisme, de la stabilité des personnels, gages du maintien d'une compétence collective jouant un rôle déterminant dans la bonne gestion des situations difficiles ;
- la mise en place d'une communication écrite à plusieurs niveaux :
 - une communication écrite clinique centrée sur le patient et son projet thérapeutique individualisé afin d'assurer la transmission d'informations entre les différents temps et les différents acteurs de la prise en charge,
 - une communication écrite institutionnelle (service, établissement, territoire, etc.),
 - une communication théorico-pratique interne : productions et outils communs qui permettent de renforcer la cohésion, de transmettre les valeurs, le projet, et d'assurer la continuité du service ;
- l'organisation de différents temps de réunion répondant aux besoins de communication, de réflexion partagée, d'évaluation clinique :
 - des réunions fixes : réunions d'information clinique de l'équipe soignante pour ajuster au quotidien les projets et contrats de soins, réunions de réflexion clinique pour définir les projets thérapeutiques individualisés, réunions de fonctionnement institutionnel pour réfléchir sur les points forts et les points faibles de l'organisation et la faire évoluer, réunion « identitaire » (par exemple réunions de service ou de pôle associant les usagers),
 - des réunions conjoncturelles : réunions d'équipe post-incident, groupes de travail dont certains associent des représentants des usagers, réunions liées à un projet de développement professionnel continu, etc. ;
- le maintien et le développement de compétences techniques (tutorat, partage d'expérience, apprentissage par l'erreur et les réussites, etc.) ;
- l'acquisition de compétences non techniques ;
- le développement de compétences importantes pour l'animation d'équipe (organisation de réunions efficaces, etc.) ;
- la mise en place de formations en équipe et d'outils pour faciliter la communication ;
- le développement des compétences en management des responsables de service et d'unités fonctionnelles, médecins et cadres (formations théoriques et formations sur le

providing safe care. Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl 1):i85-i90.

terrain permettant de développer la cohésion d'équipe).

4. Évaluer et réviser le projet de service d'unité

Le projet de service d'unité est relu et réajusté dans le cadre d'un bilan annuel d'activité. Il faut par ailleurs intégrer à différents niveaux et à intervalles réguliers le recours à une évaluation des

organisations, des pratiques, des résultats. La vie au quotidien, les réunions d'équipe peuvent amener à une interrogation de certains fonctionnements de l'équipe. Ces évaluations peuvent conduire à des réajustements de l'organisation, du fonctionnement, des procédures, des protocoles, des formations... dans une dynamique continue d'amélioration.

→ Conclusion

L'équilibre d'une unité de soins ou d'un service relève d'une alchimie complexe où se mêlent des valeurs partagées, des principes organisationnels, et une implication de chacun à sa place et dans un ensemble. Cet équilibre n'est jamais acquis définitivement ; son maintien et sa consolidation s'appuient sur une attention en permanence renouvelée des responsables institutionnels pour valoriser les actions du quotidien, tout en reconnaissant les dysfonctionnements éventuels afin d'y remédier et de maintenir une dynamique d'amélioration de la qualité des réponses. L'importance de cette dynamique doit pouvoir être perçue par tous et concerner chacun.

Annexe 1. Trois études sur la relation entre le fonctionnement d'une équipe et les incidents violents dans les services de psychiatrie

Une étude qualitative : Pearl Katz, Faris R. Kirkland, *Violence and social structure on mental hospital wards, psychiatry*, vol 53, August 1990.

Dans une étude qualitative publiée en 1990, une anthropologue ayant réalisé 38 mois d'observation dans 6 services de psychiatrie aux États-Unis (services des « *Veterans' Affairs* ») tente de comprendre pourquoi des services ayant une dotation en personnel équivalente et prenant en charge une population de patients similaire présentent des différences importantes au regard du nombre et de la sévérité des incidents violents.

Elle établit ainsi deux « profils » de service, identifiant les caractéristiques des services « violents » (marqués par un nombre important d'incidents violents enregistrés par la chercheuse lors de la période d'observation) et celles des services « non violents » (c'est-à-dire ayant eu peu d'incidents violents au cours de l'observation).

Ces deux « profils » sont présentés dans le tableau ci-après :

<ul style="list-style-type: none"> ● chef de service et médecins peu présents, manifestations d'autoritarisme ; ● peu d'activités structurées et programmées ; ● pas ou peu de responsabilités et procédures définies ; ● les infirmiers très souvent regroupés dans le poste de soin, gestion des urgences et peu d'interaction avec les patients ; ● dossier du patient « minimal » (exigences réglementaires seulement) ; ● usage punitif de l'isolement ; ● absence d'écoute des patients : violence comme moyen d'attirer l'attention ; ● pas ou peu de reporting des incidents et pas de « staff » sur les incidents ; ● atmosphère de peur et de défiance, insatisfaction des personnels, conflits. 	<ul style="list-style-type: none"> ● leadership : chef de service présent, accessible et apportant soutien/valorisation ; ● prévisibilité : des activités structurées et programmées : réunion patients-soignants, réunions de service, de synthèse, thérapies, etc. ; ● responsabilités et procédures définies ; ● développement professionnel encouragé ; ● projets de soins pour les patients ; ● staff systématique en cas d'incident ; ● travail d'équipe, satisfaction au travail, atmosphère de confiance.
---	--

Annexe 1 – Trois études sur la relation entre le fonctionnement d'une équipe et les incidents violents en services de psychiatrie

Une étude quantitative : Madeleine Estryn-Behar et al. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. La Presse Médicale. 2007;36(1-C1):21–35.

L'étude de Madeleine Estryn-Behar et son équipe a pour objectif de :

- décrire l'ampleur de la violence subie par les soignants en exercice dans les établissements de santé ainsi que ses facteurs de risque dans 7 pays européens ;
- tester, sur cet échantillon multinational, l'influence du travail multidisciplinaire, de la construction de collectifs de travail et d'une bonne communication sur la prévention des épisodes violents.

L'étude utilise des données issues de la vaste enquête européenne *Presst-Next* réalisée en 2002 et 2003 par questionnaire auprès des soignants des établissements de santé (cadres, infirmiers, aides-soignants) de plusieurs pays européens et portant sur la santé et la satisfaction au travail. L'échantillon de l'étude spécifique sur la violence dans les soins est composé des réponses de 27 134 soignants de 7 pays européens.

L'analyse quantitative de ces données permet de mettre en lumière :

- la fréquence des épisodes violents subis par les soignants. 24,8 % des soignants ont déclaré être l'objet de violence de la part des patients ou des familles. Cette proportion s'élève à 58,9 % chez les soignants de psychiatrie en France ;
- la prépondérance des facteurs concernant l'insuffisance du travail en équipe dans la déclaration d'exposition à des événements violents :
 - l'insatisfaction du temps de chevauchement pour les transmissions,
 - le sentiment d'incertitude sur les traitements,
 - la perception d'ordres contradictoires,
 - la mauvaise ambiance de travail, le manque de soutien psychologique (allant jusqu'à la sensation d'être harcelé par ses supérieurs),
 - la perturbation induite par des interruptions fréquentes.

Une étude quali/ quanti : Papadopoulos C, Bowers L, Quirk A, Khanom H. Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards. Psychiatr Serv 2012;63(1):40-7.

Une étude, fondée à la fois sur des méthodes qualitatives et quantitatives, menée au cours d'une période de 2 ans au sein de 16 unités psychiatriques à Londres, renforce ces constats. Les chercheurs ont pu mettre en lumière des liens entre l'évolution de la fréquence des incidents violents et les changements intervenus au sein de l'équipe dans les 6 mois précédant l'évolution constatée.

- Ainsi, l'introduction de démarches soignantes innovantes, l'amélioration de l'environnement physique, le recrutement d'un chef de service ou d'un cadre dont le leadership est perçu positivement sont associés à une décreue significative des incidents.
- À l'inverse, une augmentation du stress de l'équipe liée à un événement tel que le suicide d'un patient, une augmentation de la charge de travail, et le *turn-over* sont associés à une augmentation significative des incidents violents.

Annexe 2. Pacte - Programme d'amélioration continue du travail en équipe

Le [Programme d'amélioration continue du travail en équipe \(Pacte\)](#) est consultable sur le site de la Haute Autorité de Santé.

On considère que 1/3 des événements indésirables graves (EIG) pourraient être évités grâce à une meilleure coordination et une meilleure communication des équipes. Devant ce constat, la Haute Autorité de Santé (HAS) a lancé le Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte), pour aider les professionnels à travailler en équipe afin d'améliorer la sécurité de prise en charge du patient. Ce programme collaboratif et pluri-professionnel propose des méthodes et outils utilisables quel que soit le secteur d'activité de l'équipe.

Dix-huit équipes volontaires ont été incluses dans la phase expérimentale du programme.

Les objectifs de PACTE

- Sensibiliser les professionnels aux pratiques collaboratives autour de la qualité et de la sécurité du patient.
- Faire levier au niveau du microsystème clinique, là où les patients, les familles et les équipes se retrouvent, autour d'un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du patient.
- Élaborer un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en équipe, là où la prise en charge réelle traduit la réalité de la pratique, suivre et évaluer les effets produits (individuel, patient, collectif, clinique, etc.).

La méthode - Apprendre ensemble - Prérequis

- engagement institutionnel ;
- résultats de la certification ;
- enquête culture sécurité ;
- diagnostic du fonctionnement de l'équipe.

Construire le projet

- Que cherche-t-on à faire et avec qui ?
- Qui sont nos patients, quelles sont leurs attentes ?
- Quelle est notre vision de notre démarche qualité des soins et sécurité du patient ?
- Quels sont nos risques, etc. ?

Quels changements pouvons-nous réaliser pour atteindre notre objectif ?

- Sélectionner une problématique de façon consensuelle (exemple, gérer les situations de violence en psychiatrie adulte).
- Analyser les situations à risque liées à la problématique et au fonctionnement de l'équipe, puis le plan d'action.
- Agir sur les compétences non techniques.
- Entraîner les équipes.

Déployer des méthodes et outils (apprentissage, outils, feedback, briefing, etc.) afin de promouvoir :

- la synergie d'équipe, en mettant en place des briefings, des staffs, des debriefings, etc.
- la déclaration des événements indésirables et le partage en équipe sur ces événements ;
- la communication entre professionnels de santé, en particulier sur les transmissions, notamment avec l'outil Situation antécédents évaluation demande (SAED) ;
- la communication avec le patient, notamment en utilisant l'outil de reformulation « Faire Dire ».

→ Références

- 1 - Alezrah C. Considérer l'autre comme semblable. *Info Psy* 2005;81(4):333-6.
- 2 - Chazalet N. Le management, un outil de contenance. *Soins Psychiatrie*. 2014;(295):30-2.
- 3 - Estry-Behar M, Duville N, Menini ML, Camerino D, Le Foll S, Le Nézet O, *et al.* Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. *La Presse Médicale*. *Presse Méd* 2007;36(1 C1 21-35).
- 4 - Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, le Nezet O, Conway PM, *et al.* Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med* 2008;58(2):107-14.
- 5 - Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Gestion des risques en équipe. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_gdr_equipe_2014-06-24_11-13-56_822.pdf
- 6 - Haute Autorité de Santé. PACTE - Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe 2014 <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-> .
- 7 - Katz P, Kirkland FR. Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry* 1990;53(3):262-77.
- 8 - Lanquetin JP, Delgado B, Burte C. Clinique d'ambiance et travail en équipe. *Soins Psychiatrie* 2007;(248):36-40.
- 9 - Papadopoulos C, Bowers L, Quirk A, Khanom H. Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2012;63(1):40-7.
- 10 - Les microsystèmes cliniques. Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. The Microsystem Academy at The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. 2015.

→ Pour en savoir plus

[Le guide méthodologique](#)

[Les 14 outils](#)

[Les 15 programmes](#)

[Le rapport bibliographique](#)

