

Equipe & sécurité du patient



Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Associées aux Soins
Haute Normandie, Île de France, Nord Pas de Calais, Picardie

Journée annuelle de prévention des infections associées aux soins

Jeudi 25 Juin 2015
9h30 – 16h30

Dr Laetitia May-Michelangeli

Mission Sécurité du Patient

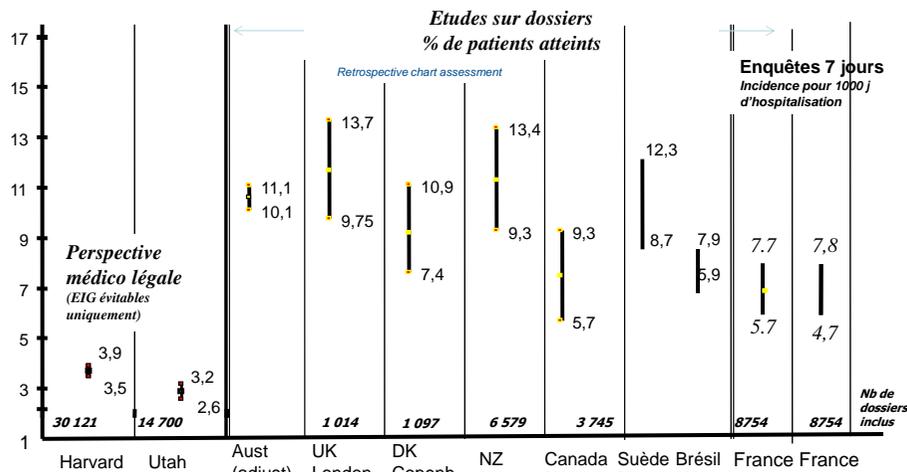
Haute Autorité de Santé

Sécurité du patient : de quoi parle-t-on?

01

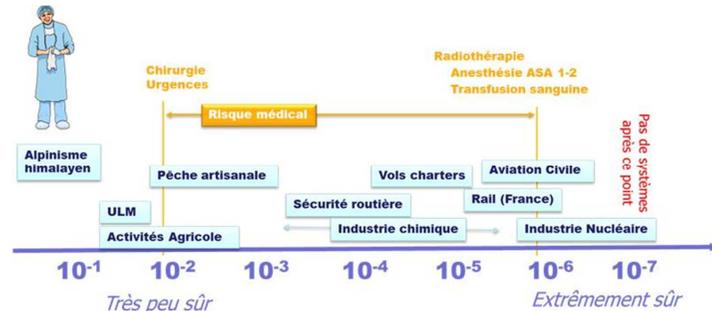
Les Enquêtes nationales sur les événements indésirables : des chiffres similaires et qui n'évoluent pas

Attention : enquêtes réalisées selon des méthodologies différentes



Un constat : les accidents sont fréquents...et graves

- 270 à 390.000 EIG par an dont 40% évitables
- 1 EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits (ENEIS 2010)
- Les presque-événements sont 60 x plus nombreux (pyramide de Bird)





Pourquoi s'intéresser à l'équipe?

02

Ne pas s'arrêter aux causes immédiates.....

Root Cause Information for Wrong-patient, Wrong-site, Wrong-procedure Events Reviewed by The Joint Commission

	2012 (N=901)		2013 (N=887)		2014 (N=764)
Human Factors	614	Human Factors	635	Human Factors	547
Leadership	557	Communication	563	Leadership	517
Communication	532	Leadership	547	Communication	489
Assessment	482	Assessment	505	Assessment	392
Information Management	203	Information Management	155	Physical Environment	115
Physical Environment	150	Physical Environment	138	Information Management	72
Continuum of Care	95	Care Planning	103	Care Planning	72
Operative Care	93	Continuum of Care	97	Health information technology-related	59
Medication Use	91	Medication Use	77	Operative Care	58
Care Planning	81	Operative Care	76	Continuum of Care	57

Sentinel
Event Data
2004-2014—
The Joint
commission

The reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore, these root cause data are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of root causes or trends in root causes over time.

The Joint Commission

Office of Quality and
Patient Safety - 8

© Copyright, The Joint Commission

25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

6

L'équipe de soins défaillante diminue la sécurité

Données ENEIS 2009

Causes systémiques des EIG évitables survenant durant l'hospitalisation

Types de causes	% des EIG
Défaillance humaine	27 %
Supervision insuffisante	26 %
Comportement du patient	24 %
Communication insuffisante entre professionnels	24 %
Infrastructures inappropriées	17 %
Composition inadéquate des équipes	16 %
Mauvaise définition de l'organisation et réalisation des tâches	12 %
Défaut de culture qualité	8 %

Aviation civile

70 à 80 % des accidents d'avion mettent en évidence une performance faible du travail en équipe

(Helmreich RL, Merritt AC, Wilhelm JA. The evolution of Crew Resource Management training in commercial aviation. Int J Aviat Psychol. 1999;9:19-32.)



25 juin 2015

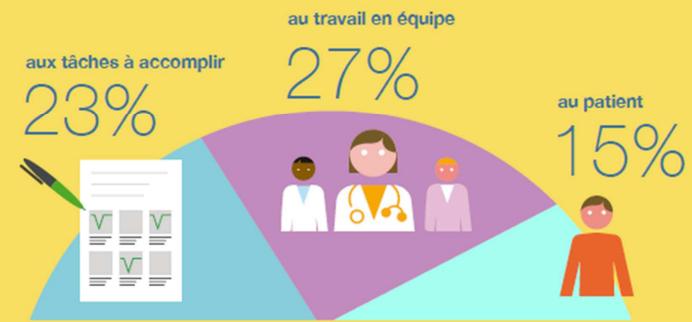
CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

7

L'équipe au centre- données de l'accréditation des médecins

► S'il n'est pas possible à ce jour d'identifier les causes de tous les EIAS, la HAS a pu analyser plus de 47 000 événements porteurs de risque*.

3 CAUSES MAJEURES OBSERVÉES



*EIAS dont le préjudice a été évité au patient par le soignant

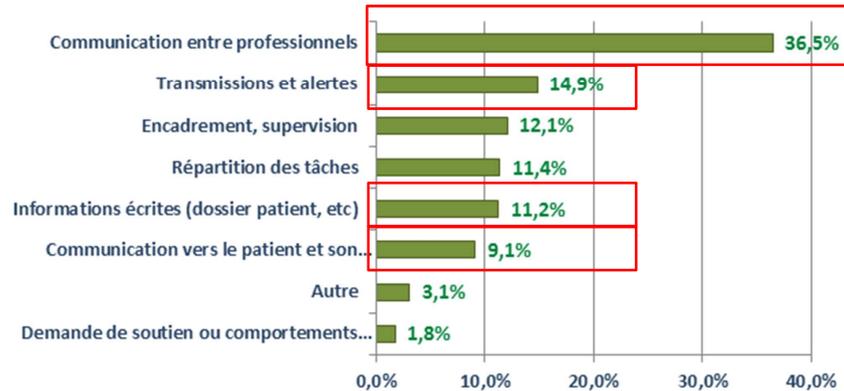
25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

8

L'équipe au centre- données de l'accréditation des médecins

Classement des causes profondes liées au facteur équipe (données HAS-Accréditation de Fév 2015 sur 47,000 EIAS analysés)



25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

9

L'équipe de soins performante améliore la sécurité



Dédale; Erreurs et fiabilité humaine ; 1993

- Dans la réalisation d'une activité complexe une personne commet 3 à 5 erreurs par heure.
- 80% de ces erreurs sont récupérées par celui qui les a commises.
- Mais qu'en est-il des 20% restantes ?
- Certaines d'entre elles sont récupérées par l'ergonomie du système, le patient et ... par les autres membres de l'équipe.

C.Vincent; The Essentials of Patient Safety; 2011

- L'amélioration de la sécurité passe avant tout par le facteur humain : ...Le travail en équipe doit être privilégié.
- Une équipe qui fonctionne bien est plus efficace et commet moins d'erreurs qu'un individu isolé.

25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

10

le travail en équipe ...

→ **impacte la sécurité du patient**

Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 143-151
Printed in Singapore. All rights reserved

© 2008 The Author
Journal compilation © 2008 The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation
ACTA ANAESTHESIOLOGICA SCANDINAVICA
doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x

Review Article

Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature

T. MANSER
ETH Zurich, Center for Organizational and Occupational Sciences, Zurich, Switzerland



British Journal of Anaesthesia Page 1 of 16
doi:10.1093/bja/aee513

Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review

J. Schmutz* and T. Manser

BJA
Literature Review
Prepared by:
American Institutes for Research, University of Central Florida, University of Miami Center for Patient Safety

Investigators:
David P. Baker, Ph.D. (AIR)
Sigrid Gustafson, Ph.D. (AIR)
Jeff Brannen, Ph.D. (AIR)
Eduardo Salas, Ph.D. (UCF)
Paul Branch, M.D. (UMCP)

25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

11

améliorer le travail en équipe ...

1. → c'est **efficace** pour les process **et** les résultats

Does Team Training Improve Team Performance? A Meta-Analysis
Eduardo Salas, Deborah DiazGranados, Cameron Klein, C. Shawn Burke, Kevin C. Stagl, Gerald F. Goodwin and Stanley M. Halpin
Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society 2008 50: 903

Evidence Report/Technology Assessment
Number 211

Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices

Prepared for:
Agency for Healthcare Research and Quality
U.S. Department of Health and Human Services
540 Gaither Road
Rockville, MD 20850
www.ahrq.gov

- 18% de mortalité !

Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality

Julia Neily; Peter D. Mills; Yinong Young-Xu; et al.

JAMA. 2010;304(15):1693-1700 (doi:10.1001/jama.2010.1506)

25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

12

Qu'est-ce qu'une équipe ?



- Equipe** : au moins 2 personnes, qui ont chacune des rôles spécifiques et complémentaires, qui coordonnent leurs actions, coopèrent et s'entraident pour atteindre un objectif commun dont ils se sentent collectivement responsables.

Salas 2005 et 2013 - Alonso 2006 - Baker 2006

2. Travail en équipe

- ce qui permet à l'équipe d'atteindre l'objectif fixé
- cela nécessite des compétences techniques
 - expertise individuelle et technique, des connaissances
- **des compétences non techniques = comment travailler ensemble**
 - ce n'est pas automatique, ce n'est pas enseigné,
 - leadership, entraide, communication, évaluation des situations à risques, la résolution de problèmes, la prise de décision...

Alors comment agir pour améliorer la sécurité en équipe de soins ?

Le développement des connaissances

Des méthodes de DPC

Des publications HAS

- ✓ Méthodes de DPC
- ✓ Guide sur la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé
- ✓ La RMM
- ✓ Guide de bonnes pratiques en simulation en santé
- ✓ Guide d'évaluation des infrastructures en simulation en santé (validé)
- ✓ Qualité de vie au travail et qualité des soins

2 programmes « Equipe » à la HAS

L'accréditation

Pacte



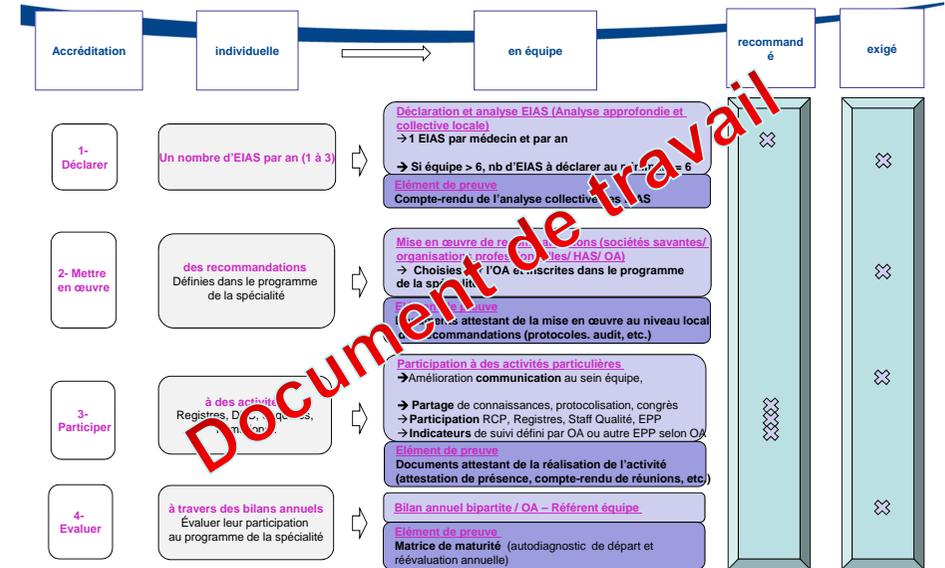
De l'accréditation individuelle à l'accréditation en équipe médicale

Qu'est-il demandé aux médecins ou aux équipes ?

1- Déclarer	un nombre d'événements porteurs de risque par an
2- Mettre en œuvre	des recommandations Définies dans le programme de la spécialité
3- Participer	à des activités Registres, DPC, enquêtes, formations..
4- Evaluer	à travers des bilans annuels Évaluer leur participation au programme de la spécialité

- Dispositif réservé aux médecins des spécialités à risques
- Notion d'équipe (médecins de même spécialité) incluse dans le décret de 2006

Accréditation en équipe – base commune des programmes des OA



Résultats



Selon une étude réalisée en 2014, les spécialistes accrédités seraient moins ciblés par les réclamations de patients que les spécialistes non accrédités (le risque baisserait de 10 % après accréditation).

Mai 2015 : 5 équipes accréditées (gastro-entérologie/ anesthésistes réanimateurs)



Programme d'amélioration continue du travail en équipe Pacte

L'engagement dans PACTE

1. La volonté d'améliorer une équipe au bénéfice de la sécurité du patient
2. Pré-requis
3. En plusieurs temps
 - Un diagnostic partagé des forces et faiblesses
 - Un engagement sur quelques objectifs d'amélioration qui font consensus
 - Une mise en œuvre des actions
 - Un suivi pendant 2 ans pour atteindre ces objectifs

Mise en œuvre dans le « Projet Pacte »

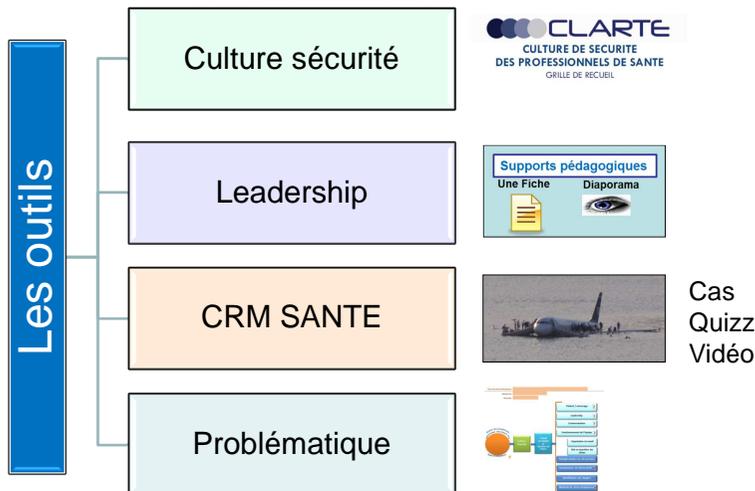
18 équipes engagées sur un projet expérimental



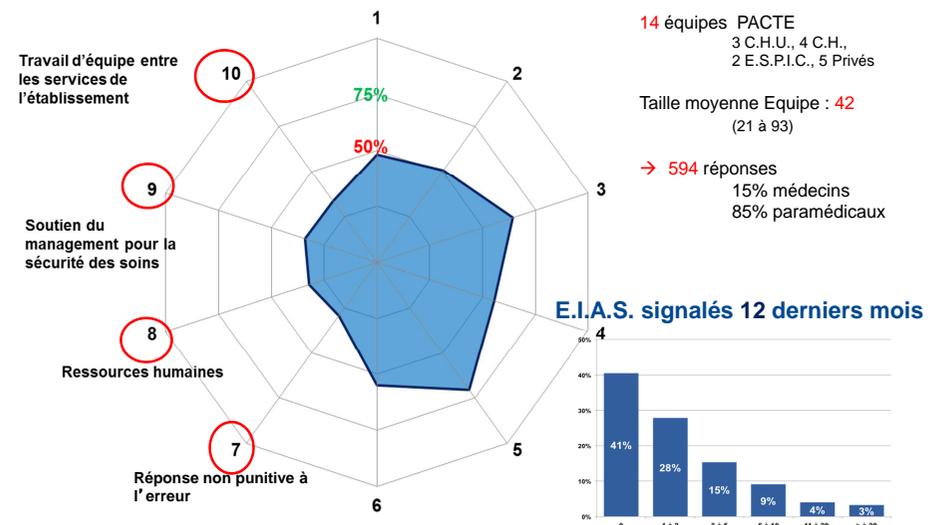
CHU	CHU de Nice CHU d'Angers Hospices Civils de Lyon (HCL)
CH	CH de Comouaille CH de Laon CH Victor Dupouy CH René Dubos
ESPIC	HAD Croix Saint-Simon Institut Mutualiste Montsouris
PRIVÉ	Clinique des cèdres Hôpital Privé De Villeneuve D'Ascq Clinique Ker Yonnet Pole gériatrique de Mar Vivo Clinique de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



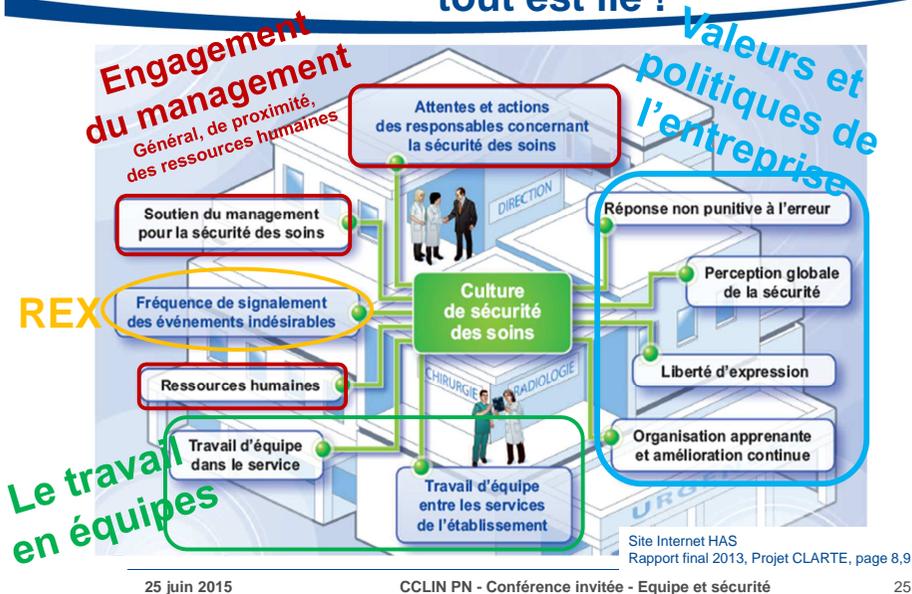
Diagnostic



Moyenne résultats 14 équipes Pacte



Equipe et culture de sécurité → tout est lié !



25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

25

Le CRM Santé : c'est quoi?

1. En plus des compétences techniques → maîtriser des **compétences non techniques** : compétences sociales, leadership, aide réciproque, conflits, stress, fatigue, etc.
2. L'aéronautique a développé et imposé des formations particulières pour réduire ce risque (**Crew-Resource Management**)
3. Déjà quelques succès importants

25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

26

CRM Santé

1. Des professionnels représentatifs de l'équipe

1. 5 thèmes :

- la communication,
- la coordination (dont le leadership),
- la place du patient,
- la capacité à alerter et être écouté,
- la gestion du stress et des situations d'urgence.

25 juin 2015

CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

27

CRM santé...Une histoire

- 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... à je 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

25 juin 2015

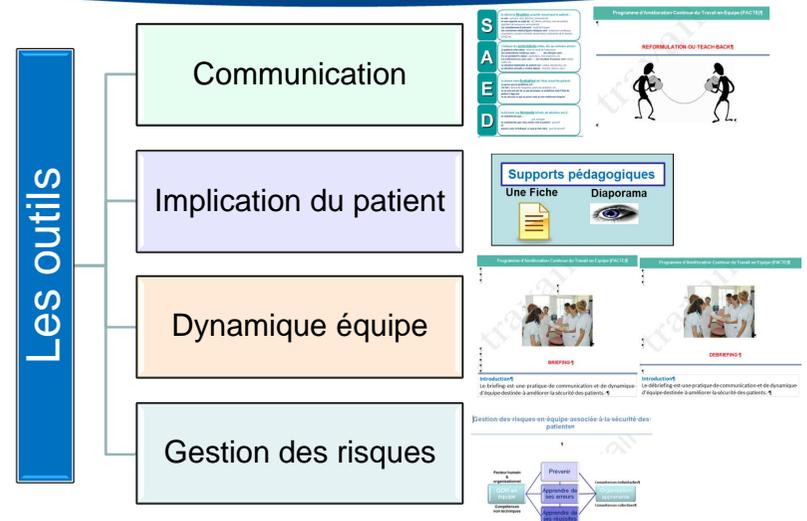
CCLIN PN - Conférence invitée - Equipe et sécurité

28

CRM santé.... Un film



Mise en œuvre

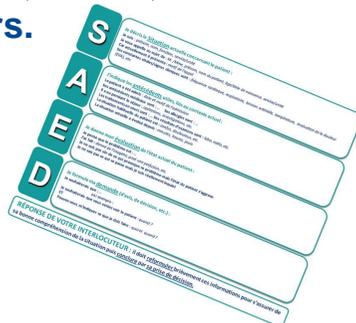


Améliorer la communication entre professionnels → exemple de l'outil

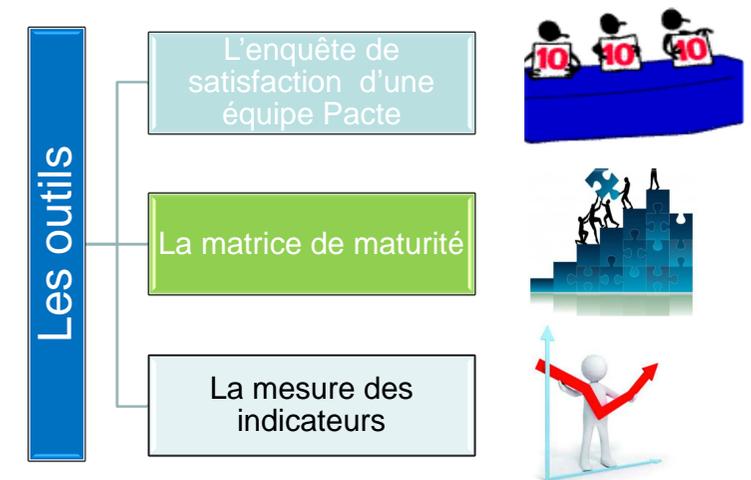
Saed (Situation Antécédents Evaluation Demande)

outil mnémotechnique → mieux structurer la communication entre professionnels pour limiter, oublis, incompréhensions, erreurs.

Garantit la transmission d'informations fiables



Evaluation



Le REX N+1 → Pacte crée

Une dynamique d'amélioration partagée par l'équipe et un effet levier sur :

- la communication interprofessionnelle,
- une prise de conscience,
- une amorce de changement dans les pratiques de travail en équipe



→ Le CRM santé est cité comme un outil clé du dispositif

Le REX N+1

Les actions engagées

La gestion des risques
La communication
La synergie d'équipe

Quelques illustrations

- Mieux définir l'alerte,
- Améliorer la concertation autour du patient,
- Améliorer le contenu des transmissions,
- Mise en place de staff pluri professionnel,
- Utilisation d'outils de communication : SAED et teach back (3 dire),
- Mise en place de briefing, debriefing
- Utilisation de la simulation en santé, etc.

Intérêts de la simulation dans PACTE

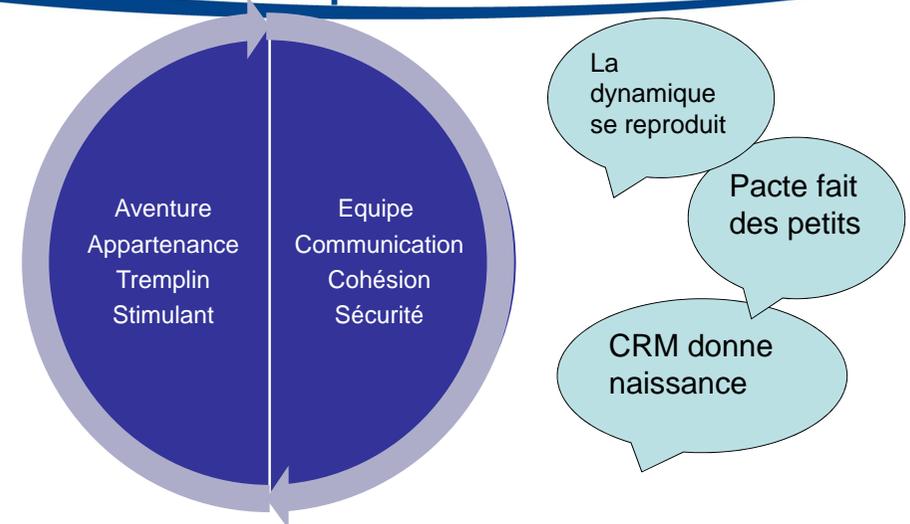
1. Peut être utilisée pour la gestion des comportements (travail sur les facteurs humains dits non techniques)

- Mise en situation professionnelle dans son environnement habituel
- Travail en équipe permettant d'apprendre ensemble
- S'entraîner à la communication, etc.

2. Peut être utilisée pour la gestion des risques

- Identification des points critiques (zones de vulnérabilité) dans l'environnement habituel
- Reconstitution d'événements indésirables, enseignements et solutions adaptés au contexte
- Capacité à faire face à des situations exceptionnelles, etc
- Évaluation possible du travail en équipe

Pacte c'est... Un accouchement → Quelques mots des binômes



Phase Pilote de Pacte....

1. Tester auprès d'équipes volontaires le programme sans accompagnement de la HAS
2. Même pré-requis
3. Phase de diagnostic obligatoire
4. Pour 2 ans (nov 2015 à nov 2017)

Liste préliminaire équipe(67) phase pilote et carte



Discussion

1. → B.A.L. pour écrire à la mission : contact.msp@has-sante.fr
2. → Rubrique site web HAS sécurité du patient
[Des nouveautés : Vidéo pédagogiques sur les RMM](#)
[Dossier de presse complet sur la sécurité](#)
3. → Rubrique webzine de la HAS « Sécurité du patient »

