GROUPE MNH

Dossier « Ressources humaines » réalisé en partenariat avec la MNH

Le programme HAS pour améliorer le travail en équipe 12
Consolider le travail d'équipe en santé Apports de l'expérience en psychiatrie 17
Vers de nouveaux collectifs en santé 22
Démarche qualité : des professionnels impliqués par une communication innovante..... 28
Bob, outil de communication 33

Pacte
Le programme HAS
pour améliorer le travail en équipe

Laetitia MAY-MICHELANGELI, Yasmine SAMI, René AMALBERTI
Service Évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (EVOQSS)
Haute Autorité de santé

La Haute Autorité de santé (HAS) expérimente depuis 2013 un programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte). Testé en 2014-2015 sur une vingtaine d'équipes, puis en 2016-2017 sur une cinquantaine d'autres équipes représentatives de la variété des services, Pacte est parvenu à maturité. Il s'ouvre à tous les établissements de soins, aigus, réhabilitation et de psychiatrie. Cet article en présente le contexte, le contenu et les améliorations progressives issues du retour d'expérience des premières expérimentations, ainsi que les conditions d'un engagement réussi.

La communication et la coopération sont les ciments d'une vie sociale efficace et réussie. Aucun métier, aucune situation sociale, privée ou publique, ne fait l'économie de ce comportement social ancestral, commun à tout le règne animal et fondamental pour la survie. Un comportement qui se décline en aide réciproque, réassurance et synchronisation des actions pour atteindre une synergie positive qui rend le groupe plus puissant que les individus.

Et il ne s'agit pas simplement de se parler et de se comprendre dans la même langue. Coopération et communication supposent une forme de leadership, un respect réciproque, la maîtrise de ce qui est énoncé ou non formulé, à qui, avec le ton adéquat, la manière et le bon moment de le dire. Là réside la difficulté. Nous ne sommes pas tous égaux dans la capacité à exceller dans tous les registres sollicités. Les formations sont appelées à couvrir un domaine extrêmement large pour faire progresser les équipes. Les compétences techniques (*technical skills*) acquises à l'université ne suffisent pas. Des formations complémentaires en compétences non techniques (*non technical skills*) sont nécessaires pour progresser dans le travail collectif.

Contexte

Il a fallu presque quinze ans à l'aviation civile (début des travaux en 1975) pour tirer toutes les leçons de l'analyse des accidents – plus de 50 % étaient associés à des problèmes de coopération – et imposer par voie réglementaire (1999 en Europe) les formations au travail collectif. Ces dernières utilisent les *crew-resources management* (CRM), la simulation et des outils de formatage de la coopération (style de leadership, briefings, check-lists, règles de gestion des conflits).

La médecine commence, emboîtant le pas avec un temps de retard, comme l'ont souligné les premières études comparées entre aviation et médecine. Il en ressort que les professionnels de santé déniaient plus leur fatigue et leur stress que les pilotes, étaient peu à l'écoute des juniors et, malgré une activité collective évidente, ne reconnaissaient pas vraiment leurs erreurs ni l'intérêt du travail coopératif (Helmreich 2000 ; Sexton 2000).

Si l'on ajoute à cela un domaine médical particulièrement complexe, fondé sur une industrie de main-d'œuvre (grand nombre absolu de professionnels à coordonner et grand nombre de métiers), on ne sera pas surpris que les défauts de communication et de coopération au sein de l'équipe représentent une part significative des évènements indésirables médicaux : 59 % des évènements sentinelles de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [1], 36 % des causes profondes des évènements indésirables de la base accréditation nationale.

Les théories sur le travail en équipe ne sont pas nouvelles. Les travaux d'Émile Durkheim (Durkheim, 1896), puis la sociologie naissante nous ont enseigné que l'étude du comportement collectif correspond à une science en soi, avec ses règles, ses propriétés, ses limites, qui ne sont en rien la simple somme des comportements individuels.

Le second apport historique est indiscutablement celui de Kurt Lewin dans les années 1940 (Lewin, 1936, 1946), avec ses contributions au leadership et à la dynamique des groupes restreints. Tout est dit en matière de style de leadership idéal, à l'écoute, démocratique, instaurant une communication partagée, et sur les attentes et les attitudes coopératives d'aide que doivent adopter les subordonnés.

Un troisième apport significatif à l'étude du travail collectif s'inspire à la fois des travaux précédents et d'autres plus récents sur la complexité des situations ; la plupart des industries évoluent dans un monde parsemé de surprises. Les procédures sont une clé et un guidage nécessaire à la sécurité, de même que la planification, mais les aléas sont journaliers et le plan nécessite sans arrêt des aménagements en ligne. Cette littérature, dite des « HRO » (High Reliability Organization, Weick & Sutcliffe, 2007), fait explicitement le lien avec la notion de culture de sécurité et d'adaptation dynamique du groupe.

C'est le collectif et ses valeurs qui sont porteurs des clés fondamentales de l'adaptation : en préparant son travail et en acceptant le leadership démocratique, en alertant sur l'anormal, en analysant ensemble les problèmes, en se refusant à désigner des coupables sans une analyse sur le fond, en apprenant et en respectant le rôle de chacun et en consentant ensemble à sortir éventuellement des procédures quand elles ne s'appliquent plus.

Ces données ont été appliquées avec succès à l'industrie avec cinq principes à respecter (Edouardo Salas, 2005 ; 2008 :

- **une vision stratégique des objectifs** : l'équipe existe parce que tous ses membres et sa direction connaissent et partagent les mêmes objectifs (précis si possible) ;
- **une vision dynamique avec un bon leadership**, une capacité à se surveiller mutuellement, à s'adapter en partageant l'état du monde et son évolution ;
- **une logique de composition du groupe** : stabilité, variété ;
- **une logique de moment approprié** : pas au moment de grands changements, absence de crise aiguë, claire volonté institutionnelle ;
- **une logique de coaching et d'animation** : l'équipe doit être coordonnée et animée sur le long terme.

Fort de cet arrière-plan scientifique, le secteur de la santé a, depuis quelques années, entrepris des actions en termes de formation au travail collectif. Il serait trop long de décrire les multiples déclinaisons proposées dans le monde. Citons le travail remarquable du groupe hospitalier américain des Veterans qui a inspiré la HAS dans son programme

Pacte. Les Veterans lancent en 2006 un vaste programme d'amélioration de leur circuit de l'opéré. Ils imposent aux services de chirurgie et bloc de leurs soixante-dix établissements de soins aigus un programme d'amélioration fondé sur trois étapes :

- **un diagnostic des points à améliorer** dans le fonctionnement d'équipe en utilisant l'apport d'une formation par CRM, l'analyse des indicateurs du service et des questionnaires de satisfaction ;
- **un bilan avec engagement collectif** sur les thèmes et cibles d'amélioration ;
- **le suivi et l'évaluation continue** par un coaching sur deux ans. Les résultats sont spectaculaires : 18 % de réduction de la mortalité opératoire et une incroyable amélioration de la satisfaction des personnels engagés dans le programme, tous métiers confondus (Neilly, 2010).

Plus récemment, la littérature sur l'échec de récupération (*failure to rescue* ; Ghaferi, 2009) est venue conforter l'importance du collectif dans la sécurité du patient. Elle montre que la sécurité des hôpitaux tient plus à la détection et récupération des complications qu'à leur évitement, et que le « bon » collectif est l'élément essentiel de cette détection-récupération.

Au-delà des expérimentations, quelques programmes de formation régionaux ou nationaux au travail collectif apparaissent. Pour ne citer que quelques exemples accessibles au téléchargement, l'agence américaine de recherche sur la qualité (AHRQ) a lancé le programme TeamSTEPPS® (King, 2008) accessible en libre service à tout établissement ou équipe. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)a produit en 2014 des documents d'orientation et de formation (WHO, 2014). Et la Suisse

1. JCAHO - www.jointcommission.org

propose à Genève, depuis plusieurs années, un programme de formation au travail collectif dédié aux services d'obstétrique et de bloc (Haller, 2008).

Programme Pacte

Des équipes de soins volontaires

Reconnu par la HAS dans le cadre de la certification, le programme Pacte s'applique à toute équipe de soin volontaire qui exerce au sein d'un établissement de santé français (aigu, soins de suite, HAD, psychiatrique...) et souhaite améliorer la sécurité du patient par un meilleur fonctionnement collectif.

L'équipe s'engage sur deux ans. Elle s'intègre dans une unité de lieu (service) ou de parcours de soins (chirurgie ambulatoire...) et reflète impérativement la diversité de professions nécessaire à la bonne prise en charge du patient, de jour comme de nuit. Sa taille idéale : entre trente et cent professionnels. Certains peuvent participer au projet même s'ils n'exercent pas à temps plein : par exemple une infirmière stomato-thérapeute, un kinésithérapeute, un psychiatre, une assistante sociale qui répartissent leur temps sur plusieurs services. Inversement, certaines personnes du service peuvent ne pas être concernées si leur activité est totalement externe au motif général de l'engagement de l'équipe : c'est le cas d'un petit secteur « sommeil » avec son personnel affecté, intégré dans un service plus généralement orienté vers la prise en charge de la douleur qui fait le sujet réel de l'engagement du service.

L'engagement suppose un accord formel de la direction de l'établissement et des instances (CME notamment), ainsi que des parties prenantes, y compris du personnel concerné (qui doit en être informé).

Un binôme référent est nommé à l'intérieur du service – souvent un cadre et un médecin – qui assure le suivi et l'animation du programme (il est souhaitable que le binôme soit stable durant ces deux années). Un facilitateur externe à l'équipe est également identifié. Souvent, il s'agit du responsable qualité (RAQ) de l'établissement, mais il peut être externe : par exemple une personne de la structure régionale d'appui. Le facilitateur accompagne le binôme référent dans la gestion de projet et l'animation de certaines méthodes.

Trois étapes

>> Diagnostic (des dysfonctionnements collectifs)

Cette première étape repose sur trois éléments :

- les résultats d'un questionnaire de culture de sécurité,
- la participation à un CRM santé,
- l'identification d'un problème lié à la prise en charge : il est identifié par des indicateurs généraux, des questionnaires de satisfaction et l'analyse des déclarations d'évènements indésirables du service qui pointent les défauts de prises en charge des patients, et la compréhension de leur cause.

Le questionnaire de culture de sécurité est la version française validée par le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine [2] (Occelli, 2013), du questionnaire Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) développé par l'Agency for Health Research and Quality (AHRQ). Il est auto-administré et comprend dix thématiques [3]. Beaucoup d'établissements l'ont déjà réalisé dans le cadre d'autres actions, notamment préconisées par la HAS. Environ trente minutes sont nécessaires pour le renseigner. On évitera de l'utiliser de façon trop rapprochée et on profitera des résultats déjà acquis, notamment si le programme est déployé depuis moins de six mois) dans la mesure où les résultats propres à l'équipe ont été conservés (en plus des résultats généraux de l'établissement). Dans tous les cas, son exploitation ne suffit pas. Sa restitution doit être réalisée auprès de l'équipe par le binôme puisqu'il participe au diagnostic du service.

Dérivé des CRM aéronautiques, le CRM Santé est développé par la HAS pour aider au diagnostic collectif des difficultés du service et conçu sur un format de quatre heures pour vingt/vingt-cinq membres du service, impérativement pluriprofessionnels. Si le service comprend plus de vingt personnes, on répète l'exercice autant que nécessaire. La participation d'au moins 80 % des personnels de l'équipe (nuit, jour, tous métiers) est requise pour un diagnostic pertinent.

Le CRM n'est pas un support de formation. Ce module dynamique repose sur un facilitateur : ce sont les participants qui construisent le contenu de la séance. Le facilitateur utilise vidéos, cas cliniques et exercices de mises en situation pour interroger les pratiques collectives du groupe sur huit thèmes successifs [4]. Une longue séquence est consacrée au regard réciproque de chaque profession sur les autres, et sur ce que chacun est en mesure de changer afin d'améliorer le fonctionnement collectif. Sont retenues pour chaque thème les positions consensuelles dans le groupe, pour considérer soit que la situation est bien maîtrisée, soit qu'elle doit évoluer. Huit déclinaisons de ce CRM santé existent avec des exemples propres à différentes spécialités : bloc opératoire, service de soins, obstétrique, urgences, réanimation, soins de suite et réadaptation, pédiatrie, hospitalisation à domicile et bientôt psychiatrie. Cette phase dure six mois.

>> Mise en œuvre

À l'issue de cette phase et après que les données de l'enquête de culture de sécurité, du CRM santé et des indicateurs du service sont exploitées, le facilitateur et le binôme disposent d'une liste de points consensuels susceptibles d'amélioration. Commence alors un travail de sélection et d'opérationnalisation par le binôme et le facilitateur, en interaction avec leur équipe.

Il en ressort souvent une liste de huit à douze points. Nous recommandons de n'en considérer que trois ou quatre pour la mise en œuvre concrète de Pacte : il s'agit de ne pas disperser l'énergie du service et de rendre atteignables les objectifs fixés. Les points retenus répondent si possible à trois critères :

- être reconnus utiles à l'amélioration du travail collectif et à la prise en charge des patients, concrets et compris de tous ; dotés d'une capacité d'amélioration raisonnablement facile à atteindre et uniquement dépendante de l'équipe (ne pas prendre des dimensions d'amélioration qui reposeraient sur des changements venant de l'extérieur, de la direction de l'hôpital, ou des instances de gouvernance nationale) ;
- être améliorables par des actions identifiées et simples qui seront à construire (souvent par des petits groupes de travail de volontaires), puis validées et communiquées à tous ; leur qualité peut être auditée localement ;
- être mesurables par des indicateurs affichés dans le service.

Durant la phase de mise en œuvre et de suivi des actions, l'équipe réalise une évaluation de la satisfaction des professionnels engagés dans Pacte. Elle définit une matrice de maturité de façon à évaluer les changements de comportements, ainsi que les indicateurs que l'équipe aura choisis. Ces évaluations seront reconduites à l'issue des deux années.

>> Suivi et évaluation

Ils sont prévus au terme de ces deux années et suppose une animation régulière de l'équipe par le binôme, sur les thèmes sélectionnés et à partir des résultats obtenus. Idéalement, les difficultés rencontrées font l'objet d'un travail sur les modalités retenues pour faire avancer les actions. Au cours de cette période, les signalements sont plus particulièrement sollicités sur deux points : les incidents collectifs et la problématique de l'équipe.

Indépendamment des indicateurs spécifiques à chaque action, nous préconisons une nouvelle mesure de la coopération à l'aide du questionnaire de culture de sécurité (donc à répéter avant la fin de l'étude), d'une matrice de maturité dérivée de la grille de Shortell par la HAS destinée à évaluer la maturité du collectif, ainsi que d'un module « Évaluation des pratiques collaboratives issues de la méthode du patient traceur ». Ce module permet d'évaluer de manière qualitative la communication entre professionnels, l'implication du patient, la dynamique d'équipe et la gestion des risques en équipe.

Aide et site

La HAS propose aux équipes engagées un site dédié à Pacte. Y sont présentés, en totalité, les supports des différentes versions de CRM santé, les outils et leur mode d'emploi (questionnaires de culture de sécurité, matrice de maturité, patient traceur équipe), ainsi qu'une plateforme de partage (résultats et progrès de chaque équipe). Le programme est aussi disponible sur le site Internet de la HAS. Une réflexion est en cours concernant la création de séances d'information dédiées au programme et à ses outils, en particulier le CRM santé.

Reconnaissance et évaluation par la HAS

Les équipes qui s'engagent et souhaitent réaliser le programme dans son intégrité sur deux ans pourront faire l'objet d'une rencontre des référents Pacte lors de la visite de certification et de la délivrance d'une attestation de reconnaissance au terme du programme.

Le choix d'un engagement plus minimaliste est possible, en utilisant tout ou partie des outils proposés, sans entrer dans la contrainte calendaire et méthodologique. Dans ce cas, les équipes pourront utiliser les informations sur le site, mais elles ne bénéficieront pas d'une valorisation par la HAS lors de la certification.

Retour d'expérience des premières expérimentations

Cinquante équipes hospitalières ont expérimenté pendant dix-huit mois la méthode proposée. L'évaluation du programme (May-Michelangeli, 2018) a porté sur la faisabilité de la démarche (indicateurs de processus et de satisfaction des équipes) et sur les résultats perçus et observés.

37,5 % considèrent la démarche comme un succès, observant une amélioration de la qualité du travail en équipe et de la prise en charge des patients. 52 % y voient un demi-succès (amélioration ressentie des relations humaines et des communications, sans résultats perceptibles sur la prise en charge).

2. CCECQA - www.ccecqa.asso.fr

3. Perception globale de la sécurité, fréquence de signalement des événements indésirables graves, attentes vis-à-vis des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins, organisation apprenante, travail en équipe dans le service, liberté d'expression, réponse non punitive à l'erreur, ressources humaines, soutien du management pour la sécurité des soins, travail en équipe entre services.

4. La gestion collective de l'intérim et des nouveaux arrivants, junior ou pas, la gestion des interruptions et des téléphones, la participation des patients et l'attitude vis-à-vis des patients et des familles, le signalement des évènements indésirables associés aux soins, l'information réciproque sur la prise en charge des patients, la capacité à débriefer les incidents, la capacité d'aide mutuelle, la gestion du stress et des situations de crise.

Le CRM santé, conçu pour évaluer le fonctionnement des équipes, est plébiscité comme l'outil central de la démarche. Le programme se révèle bénéficiaire aux équipes engagées dès le départ dans un projet précis, et qui ont prévu le temps du projet et son organisation. En revanche, il apparaît trop lourd, et dilué dans le temps, aux équipes qui l'ont entrepris en complément de leurs activités normales, comme un projet imposé par l'extérieur sans sujet précis, ni ressources allouées et priorisées pour cet objectif.

Les conditions de réussite

Le retour d'expérience met au jour sept conditions critiques pour le succès de Pacte :

- **traiter le sujet comme un vrai projet**, avec un temps dédié des cadres et du service ;
- **s'engager avec le soutien affirmé de la direction de l'établissement**. Ce soutien sera précieux à maintes occasions : lorsqu'il s'agira de trouver des arrangements qui permettront de libérer le personnel pour les CRM et certaines réunions nécessaires à l'avancement du projet ;
- **essayer au maximum de ne pas modifier le binôme et le facilitateur** pendant les deux ans du programme ;
- **choisir des thèmes qui font réellement consensus dans l'équipe.** Rien n'est pire que d'imposer un thème téléguidé par la direction mais qui ne fait pas sens pour la majorité des participants ;
- **choisir des thèmes susceptibles de donner lieu à une amélioration sinon facile, du moins réaliste avec un effort collectif** ; informer des progrès périodiquement et placer le sujet au centre des réunions de service ;
- **ne pas arrêter après le diagnostic.** L'effort le plus important commence à ce moment-là pour mettre en œuvre et entretenir la motivation de tous ;
- **mesurer, car sans mesure officielle, le risque est de traiter ces thèmes** – forcément moins techniques, plus psychosociaux, en apparence familiers mais trompeurs dans leur vraie complexité – comme des « danseuses du moment » sans priorité et changement à long terme, alors qu'ils sont responsables de plus de la moitié des EIG. L'aviation civile est passée par ce stade dans les années 90. Puis elle a décidé que ces thèmes et formations étaient finalement aussi importants que les formations techniques et les a imposés dans les cursus et le maintien d'expertise de tous les professionnels. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Dunn E., Mills P., Neily, J., Crittenden M., Carmack, A., Bagian J., "Medical Team Training: Applying Crew Resource Management in the Veterans Health Administration", *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,* june 2007, vol. 33, number 6: 317-320.
- Durkeim E., « De la division du travail social », thèse présentée à la faculté des lettres de Paris, Paris, Félix Alcan, coll. «Bibliothèque de philosophie contemporaine», 1893.
- Lewin K., *Principles of topological psychology*, Mc Graw-Hill, 1936.
- Lewin K., "Frontiers in Group Dynamics", *Human Relations*, 1, 5-41, 1946.
- Flin R., Maran N., "Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine", *BMJ Quality & Safety*, 2004;13:i80-i84.
- Ghaferi A., Birkmeyer J., Dimick J., "Variation in Hospital Mortality Associated with inpatient surgery", *N Engl J Med*, 2009;361:1368-75.
- Haller G., Garnerin P., Morales M.A., Pfister M., Irion O., Clergue F., Kern C., "Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting", *Int. Journal for Quality in Health Care*, 2008, vol. 20, issue 4.
- Healey A., Undre S., Vincent C., "Defining the technical skills of teamwork in surgery", *Qual Saf Healthcare,* 2006; 15:231-234.
- Helmreich R., "On error management: Lessons from aviation", *BMJ*, 2000, 320, 721-785.
- King H., Battles J., Baker D., Alonso A., Salas E., *TeamSTEPPS ™: team strategies and tools to enhance performance and patient safety*, AHRQ, 2008
- May-Michelangeli L., Sami Y., Renoux A. Amalberti R., « Programme d'amélioration continue du travail en équipe de la HAS, Évaluation après 18 mois d'expérimentation », *Risques et qualité*, vol. 15, n° 2, juin 2018.
- Neily J., Mills P., Young-Xu Y., Carney, B., West P., Berger D., Mazzia D., Paull D., Bagian J., "Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality", *JAMA*, 2010;304(15):1693-1700.
- Neily J., Mills P., Lee P., Carney B., West P., Percapio K., Mazzia L., Paull D., Bagian J., "Medical team training and coaching in the veterans health administration; assessment and impact on the first 32 facilities in the programme", *Qual Saf Health Care* 2010;19:360-364
- Rabøl I., Østergaard D., Mogensen T., "Outcomes of classroom-based team training interventions for multiprofessional hospital staff", *A systematic review Qual Saf Health Care*, 2010;19:1-11.
- N. Rafter, A. Hickey, S. Condell, R. Conroy, P. O'Connor, D. Vaughan, D. Williams, "Adverse events in healthcare: learning from mistakes, QJM", *An International Journal of Medicine*, vol. 108, issue 4, 1 April 2015, 273–277.
- Occelli P., Quenon J.-L., Kret M., Domecq S., Delaperche F., Claverie O., Castets-Fontaine B., Amalberti R., Auroy Y., Parneix P., Michel P., "Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire", 2013, *IJQHC*, 25, 4: 459-68.
- Salas E., Sims D., Burke S., "Is there a 'Big Five' in Teamwork?", Small Group Research, 2005, 36, 5, 555-59.
- Salas E., Diaz Granados D., Weaver S., King H., *Does team training work? Principles for health care,* Academic Emergency Medicine, 2008.
- Sexton J.B., Thomas E.J., Helmreich R.L., "Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional studies", *British Medical Journal* 2000; 320: 745-9.
- TeamSTEPPS is a teamwork system developed jointly by the Department of Defense (DoD) and the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) to improve institutional collaboration and communication relating to patient safety. https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/implguide.html
- Weick K., Sutcliffe K., *Managing the unexpected*, Wiley, 2007.
- Wolf Francis A. MD*†; Way, Lawrence W. MD*; Stewart, Lygia MD*†, "The Efficacy of Medical Team Training: Improved Team Performance and Decreased Operating Room Delays: A Detailed Analysis of 4863 Cases", *Annals of Surgery*: Sept. 2010, vol. 252, issue 3, 477-485.
- World Health Organization, "Being an effective team player Available from" - http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf - Accessed 2Decemeber 2014.
- Young-Xu Y., Neily J., Mills P.D., Carney B.T., West P., Berger D.H. et al., "Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Morbidity. Arch Surg. 2011 déc 1;146(12):1368–73.