|  |
| --- |
| **Formation au débriefing après événement ou analyse** **Programme de formation 1 jour**  |

Ces formations actions à la gestion des risques en équipe (HAS juin 2017) spécifiques au travail en équipe ciblent les facteurs de performance non techniques de l’équipe. Complémentaires des analyses des pratiques professionnelles a priori et a posteriori, elles permettent de renforcer et d’améliorer le travail en équipe.

Développer la culture Sécurité par une approche basée sur les comportements et les organisations, ce modèle intégré permet de choisir et de mettre en œuvre une Bonne Pratique de Sécurité (BPS).

.

L’objet de cette formation/action s’inscrit au regard des orientations fixées pour les années 2016 à 2018 cf. l’annexe 1 de l’arrêté du 8 décembre 2015 :

 « S’inscrivent dans ces orientations les actions contribuant à développer, […], une culture de la sécurité des soins passant par […] la déclaration des événements indésirables liés aux soins, aux médicaments ou à toute substance, ainsi que par une réflexion sur la pertinence des soins et sur le retour d’expérience. »

L’objectif est de proposer une démarche structurée contribuant à :

* favoriser la déclaration des événements indésirables associés aux soins (orientation N°30 : Signalement des événements indésirables associés aux soins) ;
* analyser ces événements indésirables au regard des pratiques des personnels de santé concernés par ces événements
* proposer et mettre en œuvre une bonne pratique de sécurité pour diminuer les risques relatifs à ces événements indésirables (orientation N°31 : Amélioration de la pertinence des soins)..

Cette formation action se concrétise par l’analyse d’une pratique collective quotidienne proposée par les participants

**Objectif général**

L’objectif de cette formation est de maîtriser les différentes étapes d’un débriefing et de distinguer les situations ou les événements qui doivent faire l’objet d’un débriefing. Ce type de bilan est une étape essentielle de management d’une équipe.

Fondée sur l’expérience de l’aéronautique elle permet de faire le bilan de ce qui s’est bien déroulé, des défaillances ou des échecs. Elle permet d'améliorer le mode opératoire, de prévoir les actions correctives, et de mettre ainsi des barrières aux défaillances à l’origine d’un événement.

Cette action de formation contribue à la gestion des risques associés aux soins : l’évaluation des pratiques professionnelles est au cœur de la démarche. Le professionnel s’engage.

Cette démarche répond donc à un enjeu majeur : celui d’accepter l’erreur et d’apporter une BPS permettant de détecter l’erreur et de la corriger.

Cette formation est construite autour d’ateliers pour favoriser l’acquisition des compétences. Ces séquences pédagogiques sont l’occasion, pour les stagiaires, d’analyser leurs pratiques professionnelles, notamment grâce aux regards extérieurs des autres personnes en formation.

Cette formation répond à l’article 4021-4-I du décret du 8 juillet 2016. Elle est en effet de nature à permettre au professionnel de santé de s’engager dans une démarche de développement professionnel continu en lui proposant :

* des actions de formation,
* des actions d’évaluation et d’amélioration de leurs pratiques grâce à l’analyse des défaillances survenues voire des échecs,
* des actions d’amélioration de la gestion des risques au travers la mise en œuvre d’actions correctives pertinentes.

**Objectifs pédagogiques**

* Faire acquérir à toutes les catégories de personnel soignant ou non les différentes phases d’un débriefing afin de dégager les actions positives, de formuler les difficultés rencontrées, de passer en revue les actions à envisager et d’identifier les bonnes attitudes de sécurité permettant de développer notamment la synergie de l’équipe.
* A l’issue de la formation, les participants ont assimilé le déroulement des différentes phases d’un débriefing à partir de l’exposé de la méthode, d’exemples présentés par les animateurs et d’ateliers de groupe animés à partir de leurs propres événements vécus. Ils sont capables de participer et de mettre en œuvre dans leur établissement, unité de soins ou service les différentes étapes d’un débriefing.

**Public concerné**

Tout professionnel d’une unité de soins : Médecins, Chirurgiens, Anesthésistes, Cadres, et de façon plus générale tout personnel d’encadrement.

**Pré requis**

La composition du groupe doit être pluri-professionnelle.

|  |
| --- |
| **Déroulé pédagogique de l’action - Méthodes et moyens pédagogiques** |

**Lieu :** sur site ou regroupement de plusieurs établissements

**Programme**

**1 – Tour de table** - relevé d'interrogations et des attentes (adaptation possible de la formation en fonction des attentes exprimées). Les grandes questions à se poser.

**2 – Déroulement et méthode du débriefing.**

**3 – Présentation d’un événement** – phase descriptive - phase d’analyse – phase de mise en œuvre et de synthèse

**4 – Atelier n°1 :** Conduite d’un débriefing à partir d’un événement proposé par les participants sous la conduite de l’intervenant.

**5 – Atelier n°2 :** Analyse et débriefing en groupe autonome à partir d’un autre événement proposé.

**6 – Atelier n°3 :** Débriefing après analyse ALARM – CREX – RMM conduit par un cadre participant à la formation sous la conduite de l’intervenant.

**7 – Les facteurs clés de succès d’un débriefing.**

**8 – Plans d'actions à l’issue de la formation – Bilan.**

**Méthodes pédagogiques mises en œuvre**

Cette formation s'appuie sur des films présentant des situations vécues. Les scenarii de ces films mettent en évidence des comportements non adaptés à la situation de travail. Ils ont été écrits en se référant à des expériences vécues par des équipes.

Les formateurs présentent les processus cognitifs qui sont à l'origine des erreurs humaines au regard des comportements adoptés en situation de travail et installent un débat pour que chacun soit en mesure de s’approprier ces concepts.

Une fois ces processus cognitifs acquis, les formateurs présentent les pratiques sécuritaires permettant de réduire l'occurrence de ces erreurs. Certaines de ces pratiques applicables dans le domaine d’activité de chaque participant sont construites en groupe durant des ateliers.

**Méthodes de l’évaluation de l’action**

* **En amont de la formation,** un questionnaire est présenté aux participants sur le livret de formation pour évaluer les pratiques et les méthodes en cours dans l’établissement dans le domaine du retour d’expérience et de l’analyse des événements.
* **La formation** est réalisée conformément au programme ci-dessous. A l’issue de la formation une évaluation permet de mesurer les acquis.
* **Trois mois ou plus après la formation**, chaque participant actualise les réponses apportées au questionnaire en amont ; l’objet est d’observer une évolution au travers d’une nouvelle évaluation des pratiques, d’effectuer un bilan des acquis et de la mise en œuvre de la méthode.

**Références, recommandations, bibliographies utilisées dans le cadre de l’action**

**Guide HAS / Juillet 2011 / page 92**

**Comité de retour d’expérience** (CREX)

Le **retour d’expérience** (13, 25) est une démarche organisée et systématique de recueil et d’exploitation des signaux que donne un système. Il consiste à apprendre de ce qui se passe et de ce qui s’est passé (performances, erreurs évitées, incidents et accidents) pour mieux maîtriser l’avenir.

**Objectif** :

Il s’agit d’une **démarche collective** où la recherche de l’ensemble des causes, à partir d’une analyse systémique des événements recensés, le choix des actions correctives et la mise en œuvre de ces actions nécessitent une implication forte de l’ensemble des acteurs. Le CREX peut décider de mettre en œuvre une RMM ou une REMED.

**Conduire de la démarche en 7 étapes**

1. Présentation des évènements du mois (Fréquence mensuelle – durée idéale : de 1h15 à 1h30) Écoute et recensement des événements du mois écoulé.
2. Choix collégial par le CREX d’un évènement
	1. présence obligatoire de chacune des fonctions (médicale, paramédicale, pharmaceutique), (5 à 8 personnes, etc.),
	2. choix d’un seul événement pour analyse – recours possible à une analyse de criticité pour étayer le choix (produit de la fréquence par la gravité).
3. Choix d’un pilote (formé à la méthode spécifique Orion)
4. Présentation par le pilote de l’analyse Orion de l’événement choisi lors du CREX précédent
5. Choix des actions correctives et désignation du responsable de l’action et de son échéance
6. Suivi des actions correctives précédentes
7. IFSA – Dédale – René Amalberti « Briefings »
8. Woynar S, Debouck F, Cellier P, Bourhis J, Cauterman M, Lartigau E. « Vers une politique sécurité » en oncologie radiothérapie. La mise en œuvre du retour d’expérience » Cancer Radiother 2007;11:320–32.
9. Debouck F, Petit H « Système de management de la qualité en Oncologie Radiothérapie : du transport aérien vers le monde médical », Hôpitaux magazine, avril 2008
10. Lartigau E, Vitoux A, Debouck F. « Crex et analyse Orion en radiothérapie : vers une mutualisation des actions correctives » . Cancer Radiother 2009; 458-460.
11. Debouck F, Petit H-B, Lartigau E  « De la mutualisation des comités de retour d’expérience (CREX) à l’audit des pratiques cliniques » Cancer Radiother 2010; 571-575
12. Debouck F, Rieger E, Petit H, Noël G., Ravinet L « Méthode ORION : analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière » Cancer Radiother 16(2012) ; 201-208
13. Facteurs Humains
	* + Facteurs humains et fiabilité – *sous la direction de René Amalberti et Frédéric Mosnerou-Dupin – Edt Octares*
		+ L’erreur humaine (seconde édition) – *de James Reason – Edt Presse des Mines*
		+ Les facteurs humains dans la gestion des risques – *de Corinne Bieder – Edt Lavoisier*
		+ Performances humaines et ses limites « Facteurs Humains » Physiologie et psychologie Aéronautiques – *Edt Jean Mermoz*
		+ Le facteur humain – *de Christophe Dejours – Edt Que sais-je ?*
		+ L’empire de l’erreur – Eléments de sociologie cognitive *– de Gérald Bronner – Edt PUF*
		+ Système 1, Système 2, les deux vitesses de la pensée *– de Daniel Kahneman – Edt Clés Champs*
		+ Le raisonnement *– de Olivier Houdé – Edt PUF*
		+ Les décisions absurdes - *de Christian Morel – Edt Gallimard*
		+ Tout sur la mémoire *- de Bernard Croisile – Edt Odile Jacob*
		+ Le cerveau attentif *– de Jean-Philippe Lachaux - Edt Odile Jacob*
		+ Le cerveau Funambule *- de Jean-Philippe Lachaux - Edt Odile Jacob*
		+ Stress sans détresse *– e Dr Hans Selye – Edt La Presse*
		+ Les Facteurs Humains de la Fiabilité dans les systèmes complexes *– de Jacques Leplat & Gilbert de Terssac – Edt Octares*
		+ L’erreur de Descartes *–* *de Antonio Damasio – Edt Odile Jacob*
		+ Spinoza avait raison *- de Antonio Damasio – Edt Odile Jacob*
		+ Le sentiment même de soi *- de Antonio Damasio – Edt Odile Jacob*
		+ L’autre moi-même *- de Antonio Damasio – Edt Odile Jacob*
		+ Managing the Risks of Organizational Accidents *– James Reason – Edt Ashgate*
		+ The human Contribution, unsafe acts, accidents and heroic recoveries *– de James Reason – Edt Ashgate*
		+ Safer Healthcare, strategies for the real world *– de René Amalberti & Charles Vincent – Edt Springer Open*
		+ Human Factors and Behavioural Safety – *de Sranks – Edt Routledge*
		+ Handbook of Aviation Human Factors – *Edt Daniel J. Garland, John A. Wise & V. David Hopkin*
		+ Human Factors un Multi-Crew Flight Operations *– de Harry W. Orlady & Linda M. Orlady – Edt Ashgate*
		+ Behind Human error *- de David D. Woods, Sidney Dekker, Richard Cook, Leila Johannesen & Nadine Sarter – Edt Ashgate*
		+ The Field Guide to understanding Human Error *– de Sidney Dekker – Edt Ashgate*
		+ Safety Differently, Human Factors for a New Era *– de Sidney Dekker – Edt CRC Press*
		+ Group Dynamics for High – Risk Teams *– de Amy L. Fraher – Edt iUniverse*
		+ Beyond the Checklist, What Else Health Care Can Learn from Aviation Teamwork and Safety – de Suzanne Gordon, Patrick Mendenhall & Bonnie Blair O’Connor – Edt Cornell University Press
		+ Barriers and Accident Prevention *– de Erik Hollnagel – Edt Ashgate*
		+ The Overflowing Brain, information overload and the limits of Working Memory *– de Torkel Klingberg – Edt Oxford University Press*
		+ How we decide *– de Johan Lehrer – Edt Houghton Mifflin Harcourt*