|  |
| --- |
| **Prise en compte du facteur humain :**  **Mettre en œuvre des bonnes pratiques de sécurité**  **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 sécurité (BPS) tenant compte du Facteur Humain.

.

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 sensibiliser l’ensemble des participants aux différentes dimensions "Facteurs Humains" en activité de groupe.

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.

Il s’agit de rendre les personnels de santé capables de prendre en compte le facteur humain, de choisir et de mettre en œuvre une Bonne Pratique Sécurité (BPS)

Cette démarche Facteurs Humains 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.

L’objectif principal de cette formation est de rendre les personnels de santé capables d’évaluer leurs pratiques professionnelles très régulièrement au sein de leur établissement, et cette analyse débute dès la première heure de 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 systémique d’un événement indésirable,
* des actions d’amélioration de la gestion des risques au travers la mise en œuvre d’actions correctives pertinentes.

**Objectifs pédagogiques**

* Sensibiliser les acteurs d’un établissement sur la nécessité de prendre en compte le facteur humain comme facteur contributif ou influent lors d’un écart constaté.
* Appréhender les grands concepts Facteurs Humains – FH.
* Connaître et prendre en compte les bonnes pratiques de sécurité FH.

A l’issue de la formation, les participants ont compris le contenu des différents domaines des facteurs humains. Ils ont débattu des contenus avec le formateur et entre eux. Ils ont perçu les processus cognitifs qui sont à l'origine des erreurs humaines au regard des comportements adoptés en situation de travail. Ils sont capables de mettre en œuvre des pratiques de sécurité.

**Public concerné**

Tout professionnel d’une unité de soins : Médecins, Chirurgiens, Anesthésistes, Cadres, IBODE, IADE, IDE, AS, Secrétaire, Brancardier…et de façon plus générale tout personnel soignant.

**Pré requis**

La composition du groupe se doit d’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 des interrogations et des attentes (adaptation possible de la formation en fonction des attentes exprimées)

**2 – Regard sur les démarches « Facteurs Humains »** (transport aérien, nucléaire, activités à risque…)

**3 – Présentation de quatre domaines fondamentaux :**

* Erreur
* Conscience de la situation
* Communication
* Synergie d’équipe
* Les pratiques sécuritaires en regard des domaines présentés : BPS

**4 – Ateliers**

* Mise en situation
* Mise en œuvre d’une pratique sécuritaire
* Les bonnes pratiques de sécurité à modéliser
* Comment gérer le risque

**5 – Présentation des six domaines complémentaires :**

* **L’homme en tant qu’acteur faillible**
* Stress
* Physiologie
* Décision
* **L’homme en tant qu’acteur au sein de l'organisation**
* Système complexe
* Interface homme-machine
* Vigilance collective

**7 – Facteurs clés de succès**

**8 – Quels plans d’actions à l’issue de la formation**

**9 – 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*