

## Groupe de Travail Régional : Interruption de tâches (IT)

### Synthèse de l'accompagnement OMEDIT Normandie Mars 2017 – Avril 2019

#### **Accompagnement OMEDIT :**

Période : Mars 2017 – Avril 2019

14 établissements engagés dans la démarche en région Normandie.

Les projets ont été menés à des temps différents en fonction de l'organisation des établissements.

5 réunions :

- 30 Mars 2017 : présentation du projet aux établissements
- 28 Septembre 2017 : suivi des projets
- 30 Mars 2018 : suivi des projets
- 6 Novembre 2018 : suivi des projets
- 28 Avril 2019 : restitution finale

Lors de la réunion de restitution, 5 établissements ont réalisé la seconde évaluation. La plupart des établissements sont en cours de déploiement des actions.

#### **Conduite de la phase de diagnostic :**

La majorité des établissements a limité l'audit à l'étape d'administration des médicaments.

Deux établissements ont fait le choix d'élargir l'audit à l'ensemble du processus de la prise en charge médicamenteuse.

Les outils utilisés sont ceux de la HAS avec certains ajustements réalisés (adaptation du questionnaire aux spécificités de l'établissement, notamment du questionnaire patient).

Un établissement a réalisé un audit un peu différent, en deux parties : une partie déclarative et une partie observation.

La composition des binômes est variée :

- binôme pharmacien/cadre,
- binôme entre IDE du service,
- binôme IDE/réfèrent qualité,
- binôme IDE/aide-soignant,
- binôme médecin/cadre,
- IDE/cadre.

On retrouve une diversité dans les structures auditées : médecine, chirurgie, USLD mais également SSR et EHPAD.

Dans un établissement, le service était informé qu'un audit aurait lieu mais le sujet des IT n'a pas été mentionné, seule l'IDE en a été informé le jour de l'audit.

Certains établissements se sont heurtés à des réticences des équipes en début de projet mais dans l'ensemble le débriefing s'est bien passé et les professionnels de santé, qui semblaient plutôt résignés en début de séance, sont finalement force de proposition concernant les actions d'amélioration possibles.

Globalement, le bilan est le même :

- Les IT sont très fréquentes
- Elles surviennent le plus souvent pendant la préparation/administration du matin
- Elles surviennent, soit dans la salle de soins au moment de la préparation, soit dans le couloir au moment de l'administration en fonction de l'organisation du service
- La première source d'IT est l'IT entre professionnels de santé
- Le téléphone est perçu, à tort, par les équipes comme la première source d'IT
- La plupart des IT durent moins de 5 min
- La plupart du temps, la récupération de la tâche se fait à l'étape interrompue par l'IT
- Dans les EHPAD, les IT observées sont de nature différente, la distribution des médicaments du midi ayant lieu en salle de restauration. Dans ce cadre, le patient est un facteur important d'IT.
- L'auto IT est également pointée dans les EHPAD
- Les établissements ayant étendu l'audit à l'ensemble du processus de la PECM ont également noté la fréquence importante des IT pendant l'étape de transmission des équipes, avec un risque important de défaut et d'omission de transmission
- Existence d'IT entre professionnels de type personnel (téléphone portable, conversations personnelles) difficilement identifiables, d'autant plus pendant l'audit.
- Le questionnaire patient a été bien reçu par les patients, qui ne sont pas opposés, voire demandeurs, d'outils et d'actions pour être sensibilisés à l'interruption de tâche.

La plupart des établissements est parvenue à faire un retour de l'audit aux équipes paramédicales et à recueillir des propositions d'actions d'amélioration.

#### Points clés :

- L'audit permet de mesurer et d'objectiver les origines des IT
- Le débriefing avec l'équipe est primordial car il permet une sensibilisation sur le fait d'être interrompu et interrupteur potentiel et une prise de conscience que des actions peuvent être mise en place pour limiter les IT
- Une réflexion commune avec l'ensemble des professionnels doit être menée pour aboutir au choix des actions
- Une réflexion et un travail commun sur l'organisation doivent être réalisés avec l'ensemble des professionnels du service, afin d'avoir une vision d'ensemble de l'organisation et du rôle de chacun et d'aboutir ainsi au choix d'actions appropriées.

#### Déploiement et suivi des actions :

Les actions proposées portent plus souvent sur les modalités d'organisation que sur des outils à mettre en place.

### Concernant les actions portant sur les modalités d'organisation

- Mise à disposition d'un espace, en dehors de la salle de soins, dédié à la préparation des médicaments ou isolement
- Définir tous les matins les rôles de chacun et identifier les personnels pouvant être interrompus (proposition non retenue dans l'établissement ayant identifié cette action)
- Réorganisation des appels téléphoniques : création d'une ligne de téléphone dédié aux appels internes, définition d'heures critiques et d'urgences pour travail institutionnel visant à limiter les appels téléphoniques hors urgence pendant ces heures définies, meilleure identification des lignes téléphoniques, numéros de téléphones à appeler de manière privilégiée en fonction des horaires
- Regrouper les moments d'échange et intégrer les diététiciennes, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales et autres professionnels de santé aux transmissions pour limiter les interventions en dehors des phases de transmissions et débriefing
- Dans les EHPAD : contrôle des piluliers réalisé en amont de l'administration des médicaments du midi pour éviter les IT dans le service de restauration pendant cette tâche
- Réorganisation de la préparation des piluliers (nombreuses auto-IT dû à des changements de prescription intervenus après réalisation du pilulier ; l'IDE s'interrompt car il manque un médicament dans le pilulier) => modification de l'horaire de préparation des piluliers (après la contre-visite)
- Promouvoir le travail en équipe pour le réapprovisionnement des chariots de soins.

### Concernant les actions portant sur les outils

- Référentiel sur les IT : définir les tâches à risque / la notion d'urgence
- Pancarte, affiche sur la porte de la salle de soins, le chariot, la porte de la chambre...
- Recours à un système d'écouteur ou casque permettant d'isoler le personnel ne devant pas être interrompu (mais problème de perception par le personnel soignant, la famille ou le patient lui-même)
- Système de transmission des informations AS -> IDE ou IDE -> IDE, par écrit dans un cahier de transmission ou sur une ardoise velleda accrochée au chariot de l'IDE
- Formalisation d'une charte pour inciter les professionnels à se donner le « droit de ne pas répondre » en cas d'acte ou de geste « à risque »
- Outils de communication et de sensibilisation travaillés en lien avec la commission des usagers et destinés aux usagers sous forme de support écrit pour travailler (affiches, sets de table...)
- Notion d'interruption de tâche intégrée dans le livret d'accueil

En revanche, peu d'établissements ont travaillé sur la reprise de la tâche.

De nombreux établissements se sont heurtés à des difficultés lors du choix et déploiement des actions.

Lors de la réunion de restitution, les difficultés remontées ont été les suivantes :

- Pérennisation des outils dans le temps : les outils type affiche, pancarte...ne sont pas utilisées de manière optimale et ne sont plus visibles/lues/utilisées au bout d'un certain temps
- Les actions relatives aux modalités d'organisation ont plus d'impact et sont plus pérennes dans le temps
- Délai entre le choix d'une action et sa mise en place : l'impact lié à la sensibilisation s'amenuise si l'action tarde à être mise en place
- Implication de l'ensemble du personnel médico-soignant, comportements difficiles à faire évoluer
- Implication de l'encadrement souvent difficile dans des contextes de tension

### Points clés :

- Tenir le calendrier :
  - Le choix des actions doit se faire immédiatement après la restitution des résultats de l'audit.
  - L'information du personnel et la mise en place de l'action doivent se faire très rapidement.
- Une seule action ne suffit pas : il faut multiplier les actions, associer des actions type outils (affiches, pancartes...) à des actions relatives à l'organisation. Les actions type outils doivent être renouvelées régulièrement pour éviter l'effet « lassitude ».
- Il peut être intéressant de travailler par tranche horaire car l'origine des IT peut être variable
- La place de l'encadrement est primordiale dans la conduite du projet, notamment dans l'accompagnement des équipes dans la mise en place des actions.
- Le changement des comportements passe par une sensibilisation régulière des professionnels, des patients et de leur entourage. Des campagnes de sensibilisation courtes mais régulières peuvent être menées et intégrer la notion d'IT dans la sécurité des soins, notamment lors de la SSP. Cette thématique devrait également être abordée dans le cadre de l'enseignement (IFSI).
- La mise en place d'actions visant à limiter les IT peut s'intégrer dans le cadre d'un travail plus général portant sur la réorganisation d'une unité/service.

### Conduite de la phase d'évaluation :

Lors de la restitution, seuls 5 établissements ont réalisé une évaluation des actions mises en place.

Deux établissements ont réalisé le même audit que celui réalisé précédemment lors de la conduite de la phase de diagnostic. Les résultats sont quasiment identiques à ceux obtenus lors de la première phase. Cela s'explique en partie par les difficultés liées à la mise en place des actions.

Trois établissements ont réalisé une évaluation des actions mises en place à partir d'un questionnaire de satisfaction établi par leur soin. Celui-ci s'intéresse au ressenti du personnel suite à la mise en place des actions. Les avis sont divergents et ne montrent pas une amélioration forte suite à la mise en place des actions. Néanmoins, le questionnaire est peut-être biaisé du fait que les professionnels ayant été sensibilisés aux IT sont peut-être plus sensibles et plus exigeants vis-à-vis des IT.

Dans ces établissements, des réunions de débriefing avec les équipes sont programmées pour discuter et identifier les points de blocage, proposer éventuellement de modifier ou de mettre en place de nouvelles actions. Malgré ces résultats « décevants », les équipes projets

continuent de travailler sur ce sujet, en proposant en lien avec les équipes, de nouvelles actions, outils et campagne de sensibilisation.

### **Suite du projet régional :**

#### Valorisation :

- Une synthèse régionale sous forme de poster va être réalisée.
- L'OMEDIT pourra valoriser les travaux et outils produits par les ES au niveau de la HAS pour ceux qui le souhaitent.
- Le travail réalisé sur les interruptions de tâche s'intègre dans la démarche de gestion des risque et peut-être à ce titre valorisé dans le cadre du CAQES et de la certification HAS.

#### Communication :

- L'OMEDIT proposera dans le cadre de la SSP 2019 un quizz sur les interruptions de tâche
- Sensibilisation auprès des IFSI : notion d'IT à intégrer dans le parcours pédagogique