

Importance du dialogue au sein de l'équipe pour sécuriser le soin

F Clergue

Le rapport "*To err is human*" avait alerté en montrant la fréquence des erreurs médicales, induites par la complexité croissante des soins médicaux [1]. Le monde médical prenait alors conscience de la nécessité de sécuriser les soins. En France, l'enquête ENEIS avait confirmés ces résultats, en montrant que les évènements indésirables concernaient 3,9% des patients hospitalisés [2]. Environ 35 % de ces évènements sont liés à une erreur humaine et sont donc évitables. Parmi ces erreurs humaines, on considère à ce jour que 40% à 65% des accidents de prise en charge des patients sont liés à des problèmes de communication entre les acteurs des soins. Plusieurs études réalisées dans les blocs opératoires ou dans les services d'urgence ont montré que 43% à 50% des évènements indésirables étaient associés à des problèmes de communication au sein des équipes, [3-5]. Gawande et coll. montraient que le deuxième facteur contributif de ces accidents était, juste après ceux liés à la compétence ou à l'expérience des opérateurs, un défaut de communication au sein des équipes de soins [5].

Les types de défaillances organisationnelles dans les soins

La communication au sein des équipes est traditionnellement perçue selon un modèle d'interaction entre deux personnes. Toutefois, dans un système plus complexe, tel qu'un service de soins ou un bloc opératoire, ce modèle est largement insuffisant car de nombreux intervenants sont amenés à interagir. Toute activité humaine complexe implique deux besoins fondamentaux : la répartition des différentes tâches et la coordination de ces tâches (ajustement mutuel, supervision directe, standardisation des procédures de travail et standardisation des qualifications et du savoir) [6]. Les défaillances organisationnelles résultent donc principalement de deux origines : une défaillance dans l'attribution des tâches (imprécision sur leur attribution, tâches excessives, au-delà des capacités qualitatives ou quantitatives des acteurs...), et une défaillance dans la coordination des acteurs : communication directe non formalisée, en temps réel (ajustement mutuel), soit une communication indirecte, formalisée, par protocoles communément acceptés ("guidelines")... De façon caricaturale, la sécurisation d'une organisation devra donc s'attacher d'une part à organiser le « prévisible ». C'est sur première facette de l'organisation que l'on peut adapter une vision très normative de la sécurité des soins, intégrant des "guidelines" précis. Mais, d'autre part, toute activité humaine ayant des imprévus, une organisation devra savoir s'adapter à gérer des situations imprévues, qui par nature devront faire appel à des capacités d'adaptation et de coordination des acteurs.

Les pistes actuelles de renforcement de la sécurité des soins ciblent ces deux objectifs : renforcer la formalisation d'actions normatives pour faire disparaître des accidents évitables liés à une non-clarté dans des tâches pourtant bien définies (vérification pré-opératoire du BON patient, de la BONNE intervention et du BON côté) ; et renforcer la communication et le travail en équipe au sein des équipes du bloc opératoire.

Proposition d'amélioration :

Trois méthodes sont proposées pour tenter d'améliorer la coordination des acteurs.

1. Standardisation de la communication

Ce moyen consiste à utiliser des aides cognitives à la communication, afin de ne pas oublier de se transmettre des informations importantes. C'est par exemple le but d'une « check-list », telle que celle proposée par l'OMS, dans le cadre d'une campagne intitulée "*safe surgery saves lives*". Elle recommande l'utilisation d'une *check-list* de 19 critères simples qui impose aux acteurs cette communication à 3 moments-clés de l'acte opératoire : avant l'anesthésie, avant la chirurgie et à la fin de la chirurgie. Une étude réalisée aux Pays-Bas, montrait qu'une check-list (SURPASS), utilisée de l'admission du patient jusqu'à sa sortie de l'hôpital, réduisait de 45% la mortalité des opérés [7].

D'autres proposent d'utiliser aussi des *check-lists* pour prévenir les erreurs de communication ayant lieu lors des transmissions entre équipes. Elles consistent en une communication "imposée", sous la forme de "chapitres" devant être spécifiquement abordés lors d'une transmission, structurant ainsi la communication sur les points devant être abordés. C'est par exemple le sigle "SBAR", pour « *Situation, Background, Assessment, Recommendations* » [8].

2. Renforcement du travail en équipe

Le concept de gestion de situation de crise en équipe (*Crew Resource Management* ; CRM) cible l'amélioration du travail en équipe, la gestion d'une crise et les stratégies d'amélioration des compétences « non techniques » : communication, coordination, leadership, "followership" [9]. Une expérience mise en place dans 74 hôpitaux des Vétérans, intitulé "*Medical Team Training program*" montrait qu'un tel programme de CRM réduisait de 18% la mortalité postopératoire des opérés [10].

3. Apprentissage et entraînement par simulation

La méthode de l'apprentissage par la simulation est largement utilisée pour la formation professionnelle dans des activités industrielles à hauts risques, telles que l'aviation ou le nucléaire civil, ainsi que chez les militaires. Dans le domaine des soins hospitaliers, cette méthode se développe progressivement, notamment dans les disciplines interventionnelles [11].

Conclusion

La préoccupation de mieux gérer la complexité croissante des soins chirurgicaux devient une priorité. Après les importants progrès accomplis en matière de sécurité par une standardisation de la formation, des équipements et des structures de soins, la sécurité des soins devient désormais aussi une préoccupation forte pour les disciplines interventionnelles. Deux types d'action, complémentaires, sont proposés: l'utilisation de check-lists et la formation au travail en équipe de l'ensemble des professionnels impliqués dans les activités interventionnelles. Les résultats très encourageants de ces programmes suggèrent que chaque établissement s'interroge sur son propre programme d'action.

Références

1. Institute of medicine (ed.): *To err is human*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. MICHEL P, QUENON JL, DJIHOUD A, TRICAUD-VIALLE S, DE SARASQUETA AM: French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care* 2007, 16:369-377.
3. GREENBERG CC, REGENBOGEN SE, STUDDERT DM, LIPSITZ SR, ROGERS SO, ZINNER MJ, GAWANDE AA: Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg* 2007, 204:533-540.
4. LINGARD L, ESPIN S, WHYTE S, REGEHR G, BAKER GR, REZNICK R, BOHNEN J, ORSER B, DORAN D, GROBER E: Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004, 13:330-334.
5. GAWANDE AA, ZINNER MJ, STUDDERT DM, BRENNAN ST: Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003, 133:614-621.
6. MINTZBERG H: *Structure in Fives: Designing Effective Organisations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1983.
7. DE VRIES EN, PRINS HA, CROLLA RM, DEN OUTER AJ, VAN ANDEL G, VAN HELDEN SH, SCHLACK WS, VAN PUTTEN MA, GOUMA DJ, DIJKGRAAF MG *et al*: Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010, 363(20):1928-1937.
8. HAIG KM, SUTTON S, WHITTINGTON J: SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006, 32:167-175.
9. YEE B, NAIK VN, JOO HS, SAVOLDELLI GL, CHUNG DY, HOUSTON PL, KARATZOGLOU BJ, HAMSTRA SJ: Nontechnical skills in anesthesia crisis management with repeated exposure to simulation-based education. *Anesthesiology* 2005, 103:241-248.
10. NEILY J, MILLS PD, YOUNG-XU Y, CARNEY BT, WEST P, BERGER DH, MAZZIA LM, PAULL DE, BAGIAN JP: Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 2010, 304:1693-1700.
11. SAVOLDELLI GL, NAIK VN, HAMSTRA SJ, MORGAN PJ: Barriers to use of simulation-based education. *Can J Anaesth* 2005, 52:944-950.