

Dochead dossier

Sous-dochead Communication sécurisée et relations interprofessionnelles au bloc

Silence et communication ouverte au bloc opératoire

Brivael Hémon*

Doctorant en psychologie sociale

Estelle Michinov

Professeure des universités en psychologie sociale

LP3C (EA 1285), université Rennes 2, bâtiment S, bureau S415, place du Recteur-Henri-Le-Moal, 35043 Rennes cedex, France

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : brivael.hemon@univ-rennes2.fr (B. Hémon).

Résumé

On appelle “communication ouverte” l’expression de suggestions, doutes ou inquiétudes concernant une procédure présentant un risque pour le patient. Si ce comportement est bénéfique pour la sécurité des soins, il est fréquent que les professionnels hésitent à s’exprimer dans ces circonstances. Un état des lieux de la recherche sur la communication ouverte et le silence dans les équipes travaillant au bloc opératoire est proposé, en identifiant les facteurs qui entravent ou facilitent ces comportements.

© 2018

Mots clés – communication ouverte ; compétences non techniques ; facteurs humains ; qualité et sécurité des soins ; travail en équipe

Summary à venir

© 2018

Keywords à venir

L’impact des facteurs humains sur la qualité et la sécurité des soins est aujourd’hui largement reconnu [1,2]. L’analyse des erreurs survenues au bloc opératoire amène à considérer un vaste ensemble de facteurs contributifs, dépassant souvent la simple mise en cause des compétences

et

ou savoirs techniques des personnes impliquées lors de l'intervention. En chirurgie, 43 % des erreurs survenues au bloc opératoire seraient liées à un défaut de communication, constituant ainsi un des facteurs contributifs majeurs, avec le manque d'expérience relative à la tâche, la fatigue ou la charge de travail [3]. Au-delà des erreurs, ces dysfonctionnements sont susceptibles de générer des tensions au sein de l'équipe, d'augmenter la charge mentale, d'interrompre les actions et procédures, de créer du retard, etc.

T1 Limiter les défauts de communication au bloc opératoire

Dans la perspective de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, l'enjeu est de mieux comprendre les facteurs qui favorisent le passage « *d'une équipe d'experts à une équipe experte* » [4].

T2 Quatre compétences clés non techniques

Un ensemble de compétences non techniques ont été identifiées, dans ce sens, comme contribuant à la réussite des interventions des professionnels évoluant dans des environnements à risque. Ces compétences non techniques sont définies comme « *les ressources cognitives, sociales et personnelles qui complètent les compétences techniques, et contribuent à la réalisation de performances de manière efficiente et en toute sécurité* » [5].

Afin d'identifier et d'évaluer le niveau de ces compétences chez les soignants, des outils ont été développés pour différentes spécialités du bloc opératoire. Quatre compétences non techniques sont ainsi identifiées comme fondamentales au travail d'infirmier anesthésiste diplômé d'État (Iade) [6] et du médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) [7] :

- la **conscience situationnelle** : il s'agit de la capacité à avoir une représentation correcte de l'état du patient et de l'environnement qui nous entoure, à savoir ce qu'il se passe et ce qu'il risque de se passer dans un futur proche. Cette conscience de la situation se décline à trois niveaux : 1) le recueil d'informations concernant le patient, les

et

instruments présents dans le bloc opératoire, les activités des autres membres de l'équipe, 2) l'interprétation et la compréhension de ces informations, et 3) l'anticipation des besoins et difficultés susceptibles d'apparaître ;

- la **prise de décision** : cela signifie la capacité à évaluer la situation et à porter un jugement sur les comportements et procédures à adopter. Il s'agit alors d'identifier les différentes options qui s'offrent à soi, sélectionner celle qui paraît la plus adaptée, et réévaluer sa pertinence après son application ;
- la **gestion des tâches** : il s'agit de la capacité à organiser les ressources disponibles et les activités à accomplir. Cela concerne les activités de planification, de priorisation des tâches, d'utilisation optimale de ces ressources et du maintien des standards (par exemple, en veillant à appliquer les précautions d'hygiène) ;
- le **travail en équipe** : cela implique la capacité des membres à travailler ensemble, à coopérer pour garantir la réussite de l'intervention. Cette compétence s'exprime à travers la coordination, le partage des informations, la conscience des rôles et expertises de chacun, et la capacité à s'affirmer avec fermeté et autorité si nécessaire.

T2 Adapter les attitudes en équipe

Le travail d'équipe renvoie ainsi à la dimension sociale, interpersonnelle, des activités au sein des blocs opératoires. Malgré l'importance de cette capacité des individus à collaborer, les attitudes vis-à-vis du travail en équipe peuvent varier selon les personnes, et en fonction des professions et spécialités. Si les médecins anesthésistes et les chirurgiens sont majoritairement satisfaits de leurs collaborations avec les autres membres de l'équipe, le jugement des infirmiers est plus nuancé. Alors que 92 % des MAR estiment avoir de bonnes relations avec les Iade, seulement 75 % de ces derniers considèrent avoir de bonnes relations avec les médecins anesthésistes [8]. Quant à la communication au bloc, les informations transmises

et

sont vulnérables aux erreurs, celles-ci pouvant être inexactes ou incomplètes, partagées au mauvais moment, ou avec la mauvaise personne [9].

Enfin, si les incidents impliquant un déficit de communication sont avant tout liés à des erreurs de transmissions ou d'incompréhension, 23 % de ces cas sont liés à des hésitations de certains membres à partager leurs inquiétudes ou à des informations critiques [10]. Nous nous intéressons en particulier à cet élément du travail en équipe : la capacité à faire preuve d'assertivité, à savoir se faire entendre et exposer son point de vue avec fermeté et autorité, également désigné par le terme "communication ouverte".

T1 Pratiquer la communication ouverte au bloc opératoire

La communication ouverte (ou *speaking up*) est un comportement de coordination explicite, consistant en l'expression de suggestions, doutes ou inquiétudes, vis-à-vis d'une procédure pouvant générer un risque pour le patient [11,12]. Il peut s'agir, par exemple, de signaler à un collègue qu'il ne respecte pas certaines règles d'hygiène, comme le port du masque. Ou encore protester contre un comportement inapproprié, une entorse aux procédures, comme un défaut dans la réalisation de la check-list. Poser des questions, faire des remarques, ou suggérer de changer d'approche : ces communications constituent des comportements prosociaux motivés par la réussite de l'intervention et les intérêts du patient.

T2 Parler ou rester silencieux ?

Communiquer ouvertement apparaît comme bénéfique pour les équipes car le partage des doutes amène les membres à échanger et discuter davantage des informations critiques et, par conséquent, à clarifier les procédures et générer des changements dans les actions entreprises [13]. Cependant, il est assez fréquent que les individus restent silencieux malgré

et

leurs inquiétudes, ou ne se permettent pas d'insister si leur interlocuteur ne répond pas à leur première tentative.

Dans des environnements à haut risque, tels que l'aviation ou la médecine, il existe alors un danger potentiel en termes de sécurité. Des membres d'équipage d'une compagnie aérienne relatent avoir choisi de rester silencieux dans 48 % des situations ambiguës, bien qu'ils aient le sentiment que prendre la parole était important pour assurer la sécurité des passagers [14]. Ce risque "d'autocensure" est d'autant plus important chez ceux dont le statut hiérarchique est le plus bas. Aux États-Unis, 55 % des étudiants en médecine interrogés déclarent avoir peur de poser des questions lorsque quelque chose leur semble anormal, et 56 % indiquent qu'ils ne prendraient pas la parole s'ils étaient témoins d'un événement pouvant nuire au patient [15].

T2 Pourquoi décide-t-on de parler ou rester silencieux ?

Le modèle développé par Ayako Okuyama *et al.* [16], adapté du modèle d'Elizabeth Wolf Morrison [17], offre une vue d'ensemble des facteurs qui incitent les individus à "communiquer ouvertement".

On peut les diviser en six catégories :

- **la motivation à protéger le patient** : les individus sont motivés à s'engager dans ce type de comportement afin de garantir la sécurité des soins. Cette motivation est modulée par les risques perçus pour le patient, et par l'ambiguïté ou non de la situation. L'incertitude est une des barrières à la communication ouverte les plus fréquemment citées par des anesthésistes [18] ;
- **la sécurité perçue** : l'appréhension des conséquences négatives inhibe la communication. Ce facteur peut se manifester sous la forme de crainte des répercussions sur sa carrière (par exemple, une évaluation négative pour des étudiants

et

stagiaires), l'anticipation des réactions des membres de l'équipe, la peur de paraître incompetent ou encore de générer un conflit ;

- **l'efficacité perçue** : le sentiment de futilité, l'impression d'être ignoré ou de ne pas avoir son mot à dire au sein de l'équipe sont des barrières à la communication ouverte ;
- **des facteurs individuels** : au niveau intrapersonnel, le fait d'avoir des expériences antérieures positives, où ses inquiétudes ont été prises en considération, favorise la communication ouverte. D'autre part, avoir un sens des responsabilités élevé vis-à-vis du patient et s'identifier à son rôle de professionnel semblent également favoriser l'expression des individus. Enfin, les compétences communicationnelles de chacun, et la confiance en ses compétences sont également évoquées ;
- **des facteurs contextuels** : au niveau organisationnel, la communication ouverte est facilitée par le soutien de l'administration de l'hôpital, ainsi que par le climat de sécurité au sein de l'équipe. Par conséquent, la valorisation du rôle de chacun par le chirurgien et l'incitation à poser des questions favorisent l'émergence de ces comportements au sein des blocs opératoires [19] ;
- **stratégies** : différentes techniques peuvent être utilisées pour détourner certaines difficultés, par exemple, en résolvant discrètement le problème ou en faisant appel à un tiers.

Les raisons poussant au silence peuvent varier en fonction du statut de l'individu, les membres au statut le plus élevé évoquant avant tout le souhait de maintenir des relations positives, alors que les membres au statut le plus bas seraient plutôt inhibés par la crainte des répercussions et le sentiment de futilité [14].

T1 Comment favoriser la communication ouverte ?

Le “levier” le plus fréquemment identifié par des professionnels anesthésistes concerne la sensibilisation des équipes à la problématique de la communication ouverte [18]. Nous décrivons ici quelques techniques et/ou outils existants pour sensibiliser et accompagner les professionnels de santé dans cette démarche.

T2 Attitudes des soignants et formation à la culture de la sécurité

Une première démarche est de sensibiliser les soignants à la culture de la sécurité et montrer l'utilité de la communication ouverte. Des échelles telles que le *Safety Attitude Questionnaire* permettent ainsi de représenter la perception des individus concernant le climat de sécurité au sein des équipes, la qualité du travail en équipe, ou encore la satisfaction au travail et le niveau de stress [20]. Plus spécifiquement, un questionnaire a également été développé, permettant d'évaluer les perceptions des soignants vis-à-vis du climat de communication ouverte au sein des équipes, et vis-à-vis de comportements non professionnels [12].

Si la sensibilisation des équipes à la communication ouverte est nécessaire, elle ne suffit pas toujours à modifier les attitudes des professionnels. Des formations en centre de simulation peuvent aussi être envisagées [21], en travaillant sur des scénarios où les participants sont confrontés à une situation nécessitant de communiquer ouvertement.

Indépendamment de leurs réactions lors de la pratique simulée, l'intérêt pédagogique des simulations se situe lors du débriefing. Sur cette thématique, le débriefing peut être structuré autour de quatre phases [22] : (a) une phase de réaction spontanée suite à la situation qu'ils viennent de vivre ; (b) une phase de réflexion quant aux causes de leurs comportements ; (c) une phase de discussion, évoquant les expériences antérieures des participants ; et (d) une phase où certaines stratégies de communication ouverte sont expliquées, avec une mise en pratique.

Afin d'assurer le transfert des compétences acquises lors de l'apprentissage en simulation en milieu professionnel, des outils de communication structurée peuvent aussi être proposés pour favoriser une communication ouverte dans les équipes.

T2 Outils de communication structurée

À l'instar de l'outil situation, antécédents, évaluation, demande (Saed), promu par la Haute Autorité de santé (HAS) pour faciliter la demande d'aide, des outils de communication structurée ont été développés afin d'améliorer la sécurité des soins [23]. La formation au travail d'équipe TeamSTEPPS (*Team Strategy and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*) propose ainsi plusieurs stratégies susceptibles de favoriser la communication ouverte [24]). Par exemple, le DESC (décrire, exprimer, suggérer, conséquences) propose une structure pour gérer les conflits : décrire la situation problématique, exprimer ses inquiétudes, suggérer des alternatives, et discuter des conséquences vis-à-vis des objectifs de l'équipe pour atteindre un consensus. Si le danger persiste malgré une première tentative d'alerte infructueuse, la *two-challenge rule* décrit un script de communication dans les équipes selon lequel la personne doit :

- exprimer ses inquiétudes une seconde fois, de manière assertive. La cible du message doit reconnaître que ce point de vue a été entendu ;
- si le problème n'a pas été résolu, aller chercher de l'aide ou faire appel à la hiérarchie.

Ces règles insistent ainsi sur la responsabilité partagée des membres de l'équipe vis-à-vis de la sécurité du patient, et le devoir d'alerter la hiérarchie si nécessaire. Si ces outils de communication peuvent aider les professionnels à trouver une formulation adéquate et standardisée pour aborder un problème, ils n'éliminent cependant pas les barrières telles que la crainte des répercussions ou le doute vis-à-vis de ses compétences.

T1 Conclusion

Certains facteurs, comme l'appréhension des conséquences ou le sentiment de futilité de son intervention, empêchent la communication ouverte dans les équipes médicales. Pour favoriser l'expression de questions ou d'inquiétudes concernant une procédure, il existe des méthodes et règles de communication auxquelles les équipes peuvent être formées ; de même que des compétences non techniques à cultiver. Si la sensibilisation des professionnels et la connaissance de règles de communication structurée s'avèrent essentielles, elles ne peuvent cependant suffire à générer un changement comportemental. Pour être efficaces, ces méthodes doivent être reconnues et adoptées par l'ensemble des membres de l'équipe, en particulier les leaders, et soutenues par la hiérarchie de l'établissement : ainsi, une culture de la sécurité est à promouvoir à l'hôpital et dans les services.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington DC (États-Unis): National Academies Press; 2000.
- [2] Haute Autorité de santé – Pacte – Programme d'amélioration continue du travail en équipe. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte
- [3] Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 2003;133(6):614-21.
- [4] Burke CS, Salas E, Wilson-Donnelly K, Priest H. How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(suppl 1):i96-104.
- [5] Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the Sharp End. A Guide to Non-Technical Skills. Royaume-Uni: Ashgate Publishing, Ltd; 2008.

- [6] Lyk-Jensen HT, Jepsen RMHG, Spanager L, Dieckmann P, Østergaard D. Assessing Nurse Anaesthetists' Non-Technical Skills in the operating room. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2014;58(7):794-801.
- [7] Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' non-technical skills. *Br J Anaesth.* 2010;105(1):38-44.
- [8] Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg.* 2006;202(5):746-52.
- [9] Lingard L, Espin S, Whyte S et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(5):330-4.
- [10] Rabøl LI, Andersen ML, Østergaard D et al. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(3):268-74.
- [11] Kolbe M, Burtscher MJ, Manser T. Co-ACT – a framework for observing coordination behaviour in acute care teams. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(7):596-605.
- [12] Martinez W, Etchegaray JM, Thomas EJ et al. "Speaking up" about patient safety concerns and unprofessional behaviour among residents: validation of two scales. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(11):671-80.
- [13] Kolbe M, Burtscher MJ, Wacker J et al. Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anesth Analg.* 2012;115(5):1099-108.
- [14] Bienefeld N, Grote G. Silence That May Kill : When Aircrew Members Don't Speak Up and Why. *Aviat Psychol Appl Hum Factors.* 2012;2(1):1-10.
- [15] Bowman C, Neeman N, Sehgal NL. Enculturation of unsafe attitudes and behaviors: Student perceptions of safety culture. *Acad Med.* 2013;88(6):802-10.
- [16] Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:61.
- [17] Morrison EW. Employee Voice Behavior: Integration and Directions for Future Research. *Acad Manag Ann.* 2011;5(1):373-412.
- [18] Raemer DB, Kolbe M, Minehart RD et al. Improving Anesthesiologists' Ability to Speak Up in the Operating Room: A Randomized Controlled Experiment of a Simulation-Based Intervention and a Qualitative Analysis of Hurdles and Enablers. *Acad Med.* 2016;91(4):530-9.
- [19] Barzallo Salazar MJ, Minkoff H, Bayya J et al. Influence of surgeon behavior on trainee willingness to speak up: a randomized controlled trial. *J Am Coll Surg.* 2014;219(5):1001-7.

- [20] Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:44.
- [21] Boet S, Granry JC, Savoldelli G. *La simulation en santé. De la théorie à la pratique.* Springer Science & Business Media; 2013.
- [22] Pian-Smith MC, Simon R, Minehart RD et al. Teaching residents the two-challenge rule: a simulation-based approach to improve education and patient safety. *Simul Healthc.* 2009;4(2):84-91.
- [23] Haute Autorité de santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. 2014. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
- [24] King HB, Battles J, Baker DP et al. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, éditeurs. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 3: Performance and Tools).* Rockville MD (États-Unis): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.

Illustration

Hemon-Illus1.jpeg

© A. Noor / BSIP

Légende à venir

