

Module 4

Etre un membre efficace en équipe

Défaut de communication au sein d'une équipe soignante

Simon, un jeune homme de 18 ans, a été transporté à l'hôpital en ambulance. Il a été impliqué dans une bagarre et a été grièvement blessé à la tête lorsque celle-ci a heurté le sol. Les ambulanciers, très occupés, n'ont pas eu le temps de faire les transmissions aux professionnels de santé des urgences. Simon n'était pas capable de prononcer son nom ni de s'exprimer clairement lors de son premier examen par l'infirmière de triage puis un médecin. Le médecin de garde, un interne, était sorti de la Faculté de médecine depuis quelques semaines seulement. Il n'avait pas de superviseur cette nuit-là. Ni lui ni le personnel infirmier n'ont pris la pleine mesure de la gravité de la blessure à la tête de Simon.

Simon avait bu et l'interne a pensé qu'il était simplement ivre, diagnostic appuyé par le comportement bagarreur et agressif du jeune homme. Cependant, ce type de symptômes peut aussi indiquer un grave traumatisme crânien. Un antinauséux a été prescrit et Simon a été placé sous observation. A plusieurs reprises, les infirmiers et l'interne ont testé séparément ses réponses motrices et verbales.

Au fil des heures, le personnel infirmier a consigné une détérioration de son état dans le dossier clinique mais ne l'a pas signalée directement à l'interne. Malheureusement, l'interne comptait sur les communications verbales et n'a pas prêté suffisamment attention au dossier. Simon est décédé 4h30 après son admission.

Source : National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005.

Introduction—Pourquoi le travail en équipe est un élément essentiel pour la sécurité des patients



Un travail d'équipe efficace dans la dispensation des soins peut avoir un impact positif et immédiat sur la sécurité des patients [1]. Il est de plus en plus important de pouvoir compter sur des équipes efficaces dans le domaine de la santé en raison des facteurs suivants : (i) l'augmentation de la complexité et de la spécialisation des soins ; (ii) les comorbidités en hausse ; (iii) l'incidence croissante des maladies chroniques ; (iv) la pénurie générale de main d'œuvre ; (v) les initiatives en matière de sécurisation des horaires de travail.

La prise en charge d'une femme enceinte diabétique qui développe une embolie pulmonaire est un exemple type de soins complexes impliquant plusieurs équipes. L'équipe soignante peut inclure des infirmier(ère)s, une sage-femme, un obstétricien, un endocrinologue et un pneumologue ainsi que la femme enceinte elle-même. De plus, les

professionnels de santé qui la suivent la journée ne sont pas les mêmes que ceux qui s'occupent d'elle la nuit et le week-end. Dans un grand centre hospitalier universitaire, on compte des équipes de médecins dans chaque spécialité et profession, qui doivent tous coordonner les soins les uns avec les autres, –mais aussi avec le personnel infirmier, les pharmaciens ainsi que les autres professionnels paramédicaux et l'équipe de soins primaires de la patiente. Dans un lieu où les ressources sont limitées, l'équipe pourrait n'être composée que d'un(e) infirmier(ère), d'une sage-femme, d'un médecin et de la femme enceinte, mais il n'en demeure pas moins important qu'ils agissent de manière coordonnée et veillent à bien communiquer les uns avec les autres à tout moment.

De nombreux étudiants savent en quoi consiste l'équipe médicale typique d'un hôpital de grande taille. Il s'agit d'une équipe médicale qui va des médecins les plus expérimentés aux plus novices. Du point de vue du patient, l'équipe ne se limite pas à l'équipe médicale mais est plus large. Elle inclut aussi

le personnel infirmier, les professionnels paramédicaux et le personnel de service qui s'occupent de lui et le soignent.

Ce module part du principe qu'au début de leur programme de formation, les étudiants n'ont généralement pas eu l'occasion de travailler personnellement au sein d'une équipe soignante et qu'ils connaissent assez mal la composition d'une telle équipe et son mode de fonctionnement efficace. Nous allons nous appuyer sur les expériences passées des étudiants en matière de travail d'équipe puis nous nous pencherons sur les équipes qu'ils seront amenés à intégrer.

Mots-clés

Équipe, valeurs, présupposés, rôles et responsabilités, styles d'apprentissage, compétences d'écoute, résolution de conflits, leadership, communication efficace.

Objectifs d'apprentissage

Les étudiants ont besoin de comprendre l'importance du travail en équipe et comment être un membre efficace en équipe. Il leur faudra réaliser qu'en tant qu'étudiant, ils participeront à plusieurs équipes soignantes.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques

Les connaissances requises pour ce module incluent une compréhension générale des différents types d'équipes dans le domaine de la santé, de la façon dont les équipes améliorent les soins dispensés aux patients, de la manière dont les équipes se forment et développent les caractéristiques d'une équipe et d'un leadership efficaces, les techniques de communication au sein des équipes soignantes, les techniques de résolution de désaccords et de conflits, les obstacles à un travail d'équipe efficace et les méthodes d'évaluation des performances d'une équipe.

Connaissances pratiques

L'application des principes de travail en équipe suivants améliorera l'efficacité des soins de santé.

- Être conscient que ses propres valeurs et présupposés peuvent avoir une incidence sur ses interactions avec les autres. Ceci est particulièrement important lorsque les patients et le personnel viennent de cultures différentes.
- Être attentif aux autres membres de l'équipe et à la manière dont les facteurs psychosociaux peuvent affecter les interactions au sein de l'équipe.
- Être conscient de l'impact du changement sur les équipes.
- Inclure le patient dans l'équipe, ainsi que sa famille le cas échéant.
- Utiliser des techniques de communication appropriées.
- Utiliser des techniques de soutien mutuel.

- Résoudre les conflits.
- Être ouvert au changement et observer les comportements.

Présentation des équipes soignantes

Qu'est-ce qu'une équipe ?

La nature des équipes est variée et complexe. En santé, l'équipe la plus efficace du point de vue du patient est multidisciplinaire, mais les équipes peuvent être issues d'un seul et même groupe professionnel. Les membres d'une équipe peuvent travailler en étroite collaboration sur un même lieu de travail ou être dispersés géographiquement. Certaines équipes comptent un nombre fixe de membres tandis que la composition d'autres équipes peut changer fréquemment. Les chorales, les équipes de sport, les unités militaires, les équipages d'avion et les équipes d'intervention d'urgence sont autant d'exemples d'équipes. Dans le secteur de la santé, les environnements de prise en charge des patients peuvent être divers et variés : -à domicile, dans des centres de soins, de petits hôpitaux ou de grands centres hospitaliers universitaires. Dans chacun de ces lieux, la capacité des membres de l'équipe à communiquer les uns avec les autres et avec le patient déterminera l'efficacité des soins et du traitement. Les sentiments qu'ils nourrissent à l'égard de leur travail joueront également un rôle en la matière.

Indépendamment de leur nature, on peut dire des équipes soignantes qu'elles partagent certaines caractéristiques communes. Ainsi, les membres d'une équipe :

- connaissent leur rôle et les rôles des autres membres et interagissent les uns avec les autres en vue d'atteindre un objectif commun [2] ;
- prennent des décisions [3] ;
- possèdent des connaissances et compétences spécialisées et assument souvent une charge de travail importante [4,5] ;
- agissent comme un « individu collectif », du fait de l'interdépendance des tâches réalisées par chacun des membres de l'équipe [6]. Une équipe se distingue d'autre groupes qui peuvent réunir des personnes de différents horizons dans un but précis et ne sont pas sur le terrain pour prodiguer des soins aux patients.

Salas définit une équipe comme :

- un ensemble identifiable de deux personnes ou plus qui interagissent de manière dynamique, interdépendante et adaptée vers un but/un objectif/une mission commun(e) et valorisé(e), qui se sont chacune vu affecter des rôles et fonctions spécifiques et dont la durée du mandat au sein de l'équipe est limitée [7].

Les professionnels de santé sont amenés à siéger dans de nombreux comités, créés pour aider la direction à gérer les problèmes ou la planification ; ce ne sont pas des équipes.

Différents types d'équipes en santé



Il existe de nombreux types d'équipes dans le secteur de la santé. Il peut s'agir de centres de soins ruraux, de centres de santé maternelle et infantile, d'équipes de salle d'accouchement, de services de soins intensifs, de services médicaux, d'équipes de soins primaires travaillant au sein de la collectivité, d'équipes constituées pour une tâche spécifique, comme les équipes d'intervention d'urgence, et d'équipes multiprofessionnelles, telles que les équipes pluridisciplinaires en oncologie, qui se réunissent pour planifier et coordonner les soins d'un patient.

Une équipe peut être regroupée au même endroit, dans un centre de soins rural ou un hôpital, par exemple, ou ses membres peuvent exercer dans des lieux différents, comme cela peut-être le cas pour une équipe multidisciplinaire en oncologie ou une équipe de soins primaires. Une équipe peut inclure une seule discipline ou impliquer des professionnels issus de plusieurs disciplines différentes, y compris du personnel administratif ; il convient toujours de considérer le patient comme un membre de l'équipe. Les rôles joués par ces professionnels varieront entre les équipes et au sein d'une même équipe selon les moments. Dans une équipe, les rôles des individus sont souvent caractérisés par une certaine souplesse et amenés à évoluer selon les circonstances. Par exemple, la direction de l'équipe peut changer en fonction de l'expertise requise.

En appui aux soins centrés sur le patient et à la sécurité des patients, les patients et leur entourage sont de plus en plus souvent considérés comme des membres actifs de l'équipe soignante. Si impliquer le patient dans l'équipe est important pour partager la prise de décision et obtenir le consentement éclairé, cela permet en outre d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, car le patient est une précieuse source d'information, étant le seul membre de l'équipe à être présent à tout moment au cours des soins. Il est aussi celui qui connaît le mieux son ressenti face à la maladie ou à son problème de santé.

Le programme TeamSTEPPS [8] élaboré aux États-Unis identifie plusieurs types d'équipes différentes, mais étroitement liées, qui interviennent en appui aux soins et dans la dispensation de ces derniers.



Équipe de base

L'équipe de base est composée d'un chef d'équipe et de membres qui sont directement impliqués dans les soins du patient. Elle inclut les prestataires de soins directs comme les infirmier(ère)s, les pharmaciens, les médecins, les dentistes, les assistants et, bien sûr, le patient ou un membre de son entourage. Ces membres travaillent dans le centre de soins ou le service de soins de l'établissement. L'équipe de base inclut aussi des professionnels assurant la continuité des soins -à savoir les personnes qui prennent en

charge le patient de son examen initial à sa sortie, par exemple, les gestionnaires de cas. L'équipe de base peut changer souvent, mais réunit généralement un médecin et un(e) infirmier(ère) et, peut aussi inclure, en fonction du domaine de soins de santé, le kinésithérapeute, le dentiste et/ou le pharmacien.

Équipe de coordination

L'équipe de coordination est le groupe responsable de la gestion opérationnelle au quotidien, des fonctions de coordination et de la gestion des ressources pour les équipes de base. C'est souvent le personnel infirmier qui assure ce type de rôles de coordination à l'hôpital. Dans les centres de soins et établissements ruraux, l'équipe de coordination peut comprendre les responsables des services de santé, des infirmier(ère)s, des médecins et d'autres professionnels de santé.

Équipes contingentes

Des équipes contingentes sont constituées pour intervenir en cas d'urgence ou d'événements spécifiques (les équipes de réanimation, les équipes d'intervention et de secours en cas de catastrophe, les équipes d'urgences obstétricales, les équipes d'intervention rapide). Les membres d'une équipe contingente sont issus de plusieurs équipes de base différentes.

Services auxiliaires

L'équipe des services auxiliaires se compose de personnes telles que les agents d'entretien ou le personnel auxiliaire qui apportent des soins directs, spécifiques et limités dans le temps aux patients ou fournissent des services facilitant les soins des patients. Les membres de ces équipes ne sont généralement pas basés là où les patients reçoivent les soins courants.

Les équipes de services auxiliaires sont principalement des équipes de service ayant pour mission d'intervenir en soutien de l'équipe de base. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles ne doivent pas partager un but commun. La réussite d'une intervention chirurgicale requiert des informations précises sur l'alimentation : si le patient doit être à jeun, des instructions en ce sens doivent être données ; il faut veiller par exemple à ce que le patient ne reçoive pas par inadvertance d'aliments susceptibles d'entraîner des réactions allergiques. En règle générale, les équipes de services auxiliaires fonctionnent de manière indépendante. Mais elles peuvent dans certains cas être considérées comme faisant partie intégrante de l'équipe de base.

Services supports

Une équipe de services supports se compose de personnes qui fournissent des services indirects et spécifiques dans un établissement de soins. Les membres de cette équipe axée sur le service contribuent à optimiser le parcours de soins pour les patients et leurs familles. Leurs rôles sont intégrés dans la mesure où ils gèrent l'environnement, les actifs et la logistique au sein de l'établissement. Les services

supports se composent principalement d'une équipe fournissant des services et ayant pour mission de créer un environnement de soins propre, confortable, sans danger et efficace, qui a une incidence sur l'équipe soignante du patient, l'image du service, l'efficacité opérationnelle et la sécurité des patients.

Administration

L'administration inclut la direction d'une unité ou d'un établissement qui est responsable 24h/24 du fonctionnement général et de la gestion de l'organisation. Elle façonne un climat et une culture propices à un système de travail en équipe en instaurant et communiquant une vision, en élaborant et appliquant des politiques et en fournissant les ressources nécessaires à leur mise en œuvre efficace, en fixant les attentes concernant le personnel (rôles et responsabilités), en tenant les équipes responsables de leurs résultats, et en définissant la culture de l'organisation.

Comment le travail en équipe améliore les soins dispensés aux patients



Dans le secteur de la santé, le clinicien était traditionnellement considéré comme le seul et unique responsable des soins et du traitement d'un patient. Mais de nos jours, il est rare qu'un patient ne soit pris en charge que par un seul professionnel de santé. Dans le cadre d'un système de santé complexe, il est admis pour la sécurité des patients, que le travail en équipe est essentiel pour 1) limiter les événements indésirables résultant d'une mauvaise communication avec les autres personnes qui

s'occupent du patient et 2) les malentendus concernant les rôles et responsabilités. Les patients ayant un intérêt direct dans leurs propres soins doivent eux aussi être intégrés dans le circuit de communication. Il a été montré que leur implication contribue à limiter les erreurs et les événements indésirables potentiels.

Le lien entre les compétences non techniques, telles que le travail en équipe, et les événements indésirables est désormais bien établi [9,10], tout comme la charge croissante des maladies chroniques, des comorbidités et des populations vieillissantes. Ces problématiques nécessitent une approche de soins coordonnée et multidisciplinaire [11].

Dans une analyse majeure sur la formation au travail en équipe, Baker *et al.* [1] ont affirmé que former les professionnels de santé en tant qu'équipe «constitue une stratégie efficace et pragmatique pour renforcer la sécurité des patients et réduire les erreurs médicales».

Le travail en équipe a été associé à de meilleurs résultats dans des domaines tels que les soins primaires [12] et la cancérologie [13], ainsi qu'à une diminution des erreurs médicales [14, 15]. Comme résumé dans le tableau B.4.1, améliorer le travail en équipe peut avoir des impacts positifs qui vont au-delà des résultats pour le patient et sa sécurité, qu'il s'agisse de bénéfices individuels pour les professionnels au sein de l'équipe comme pour l'équipe dans son ensemble et l'organisation dans laquelle elle évolue [11].

Tableau B.4.1. Mesures pour un travail d'équipe efficace

Résultats mesurables d'un travail d'équipe efficace

		Bénéfices individuels	
Bénéfices organisationnels	Bénéfices pour l'équipe	Patients	Membres de l'équipe
Diminution de la durée et des coûts d'hospitalisation	Meilleure coordination des soins	Meilleure satisfaction à l'égard des soins	Meilleure satisfaction au travail
Diminution des admissions imprévues	Utilisation efficace des services de santé	Acceptation du traitement	Rôles plus clairs
Meilleure accessibilité pour les patients	Meilleure communication et plus grande diversité professionnelle	Meilleurs résultats de santé et qualité des soins Diminution des erreurs médicales	Amélioration du bien-être

Source : Adapté de Mikan SM, Rodger SA. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions.* Journal of Interprofessional Care, 2005 [16].

Formation et développement des équipes



Des recherches considérables ont été menées sur la constitution et le développement des équipes dans d'autres secteurs à enjeux majeurs. Comme indiqué

dans le Tableau B.4.2, le développement d'une équipe s'articule en 4 étapes : la formation, la confrontation, la normalisation et l'exécution [17].

Tableau B.4.2. Étapes de développement d'une équipe (forming, storming, norming, performing)

Étape	Définition
Forming	Généralement caractérisée par l'ambiguïté et la confusion. Les membres de l'équipe n'ont pas forcément choisi de travailler ensemble et peuvent être sur leurs gardes, communiquer de manière superficielle et impersonnelle. La tâche qui leur incombe n'est pas toujours claire pour eux.
Storming	Une phase difficile où des conflits peuvent surgir entre les membres de l'équipe et une rébellion naître face aux tâches attribuées. Les membres de l'équipe peuvent jouer des coudes pour occuper les postes de pouvoir et une certaine frustration peut se faire sentir car la tâche n'avance pas.
Norming	Une communication ouverte entre les membres de l'équipe est désormais établie et l'équipe commence à se confronter à la tâche qui lui a été confiée. Des modes de communication et procédures généralement acceptés sont en place.
Performing	L'équipe concentre toute son attention sur la réalisation des objectifs. Elle est désormais soudée et d'un grand soutien, ouverte et confiante, pleine de ressources et efficace.

Source : Adapté de Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*, 2008 [18].

Comme dans d'autres secteurs, de nombreuses équipes soignantes, telles que les équipes d'urgence ou les équipes chirurgicales, doivent travailler ensemble et être parfaitement opérationnelles sans avoir le temps de nouer de relations interpersonnelles et sans passer par les phases de formation et de normalisation décrites ci-dessus [18]. Il est par conséquent important que les professionnels de santé sachent comment être un membre d'équipe efficace avant de rejoindre l'équipe. Les caractéristiques d'une équipe efficace sont décrites dans la section suivante.

Caractéristiques d'une équipe efficace

Il existe de nombreux modèles décrivant un travail d'équipe efficace. Historiquement, ils proviennent d'autres secteurs, tels que le management en équipe des ressources humaines (Crew Resource Management - CRM) dans l'aviation. L'encadré B.4.1 présente les principales caractéristiques du management en équipe des ressources humaines développé dans l'industrie de l'aviation.

Encadré B.4.1. Résumé du management en équipe des ressources humaines (CRM)

L'application du management en équipe des ressources humaines en santé

Le management en équipe des ressources humaines aussi appelé CRM a été élaboré par le secteur de l'aviation pour améliorer les communications dans le cockpit et mettre en œuvre des systèmes de prise de décision centrés sur l'équipe. Il se définit essentiellement comme une méthode consistant à « utiliser toutes les ressources disponibles (renseignements, équipement et personnel) pour assurer la sécurité et l'efficacité des opérations de vol ». (The National Transportation Safety Board, États-Unis). Cette méthode a été utilisée en santé afin d'améliorer le travail en équipe, les communications et d'autres processus liés à la sécurité.

Les équipes soignantes prennent de nombreuses formes : certaines sont très stables, mais d'autres le sont beaucoup moins et leur composition change souvent. Chaque membre de l'équipe a un niveau de connaissances et de compétences différent, auquel il faut s'adapter. Mickan et Roger [16] ont décrit la liste suivante de caractéristiques simples, propres aux équipes soignantes efficaces, indépendamment de leur niveau de stabilité.

But commun Les membres de l'équipe génèrent un but commun et clairement défini caractérisé par des intérêts collectifs et un sentiment de responsabilité partagée.

Objectifs mesurables Les équipes fixent des objectifs mesurables et axés sur la tâche de l'équipe.

Leadership efficace Les équipes ont besoin d'un leadership efficace qui fixe et maintient les structures, gère les conflits, est à l'écoute des membres, leur fait confiance et leur apporte son soutien. Les auteurs ont aussi souligné l'importance d'un partage consensuel des fonctions de leadership par les membres de l'équipe.

Communication efficace Les bonnes équipes soignantes partagent des idées et des informations rapidement et régulièrement, conservent des archives écrites et consacrent du temps à la réflexion en équipe. Certaines des analyses les plus approfondies de la communication au sein d'équipes interprofessionnelles (couvrant plusieurs disciplines et pas seulement des spécialités médicales) se sont concentrées sur les équipes à enjeux élevés, telles que les équipes chirurgicales [19, 20].

Bonne cohésion

Une équipe unie se caractérise par l'engagement et l'esprit d'équipe remarquables qui se dégagent d'elle. Elle a une plus grande longévité car ses membres souhaitent continuer à travailler ensemble.

Respect mutuel

Dans une équipe efficace, les membres respectent les talents et les convictions des uns et des autres, ainsi que leurs contributions professionnelles. Une équipe efficace accepte et encourage la diversité d'opinion entre ses membres.

Autres exigences

Pour qu'une équipe soit efficace, elle doit satisfaire à d'autres exigences [8, 18, 21], dont :

- la maîtrise individuelle des tâches (aussi bien concernant les compétences techniques personnelles que les compétences en termes de travail en équipe) ;
- la motivation pour accomplir les tâches ;
- l'adaptabilité ;
- la capacité à suivre ses propres performances ;
- la résolution efficace des conflits et la capacité à en tirer des enseignements ;
- l'engagement dans la surveillance de la situation.

Leadership



Un leadership performant est une caractéristique déterminante pour l'efficacité d'une équipe. Un chef d'équipe efficace facilite, coache et coordonne les activités des autres membres de l'équipe. Pour ce faire, il doit :

- accepter le rôle de leader ;
- demander de l'aide le cas échéant ;
- monitorer en permanence la situation ;
- fixer les priorités et prendre des décisions ;
- utiliser les ressources pour maximiser les performances ;
- résoudre les conflits de l'équipe ;
- équilibrer la charge de travail au sein de l'équipe ;
- déléguer les tâches ou confier des missions ;
- conduire des briefings, des réunions en petit comité et des débriefings ;
- inviter les membres de l'équipe à s'exprimer librement et à poser des questions ;
- organiser des activités de formation et d'amélioration pour l'équipe ;
- être une source d'inspiration pour les autres membres de l'équipe et maintenir une culture de groupe positive ;
- veiller à ce que l'équipe maintienne le cap et obtienne les résultats escomptés.

Considérer le patient comme un membre de l'équipe soignante est un concept nouveau. Traditionnellement, il occupait un rôle plus passif, en tant que bénéficiaire des soins. Mais nous savons que les patients apportent leurs propres compétences et connaissances sur leur état de santé et leur maladie. Les étudiants peuvent

commencer à prendre des initiatives en ce sens en essayant d'inclure autant que possible les patients et leurs familles. Il est possible d'établir un contact visuel avec les patients, de vérifier et de confirmer des informations ou d'obtenir des renseignements supplémentaires lors d'une visite des patients ou d'une consultation clinique. Il convient d'inclure le patient dans la procédure de vérification visant à garantir que les bonnes informations sont, dans leur intégralité, à la disposition de tous les membres de l'équipe.

Techniques de communication pour les équipes soignantes



Pour citer la formule célèbre de l'auteur anglo-irlandais Gorge Bernard Shaw : « le seul vrai problème en communication est l'illusion qu'elle a été établie ». De bonnes compétences de communication sont l'essence même de la sécurité des patients et d'un travail d'équipe efficace. Les stratégies suivantes peuvent aider les membres de l'équipe à partager précisément les informations et à garantir que l'accent soit bien mis sur les informations à communiquer. Il a récemment été montré que l'utilisation d'un outil appelé SAED (**S**ituation, **A**ntécédents, **E**valuation, **D**emande) permet d'améliorer l'orientation téléphonique par les étudiants en médecine dans un environnement simulé.

La description et les exemples de cas suivants sont tirés du programme TeamSTEPPS™ [8]. et adaptés par la HAS (http://has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante).

SAED

SAED est une technique permettant de communiquer les informations essentielles sur les préoccupations à l'égard d'un patient qui nécessite une prise en charge et un traitement immédiats. Elle vise à assurer que les bonnes informations et le bon niveau de préoccupation sont communiqués au cours d'un échange entre professionnels de santé.

Situation

Quelle est la situation actuelle en ce qui concerne le patient ?

« Je m'appelle Mary Smith, l'infirmière qui suit Mme Joseph, salle 4, lit n° 5. J'appelle à propos de Mme Joseph, chambre 251. Elle se plaint principalement d'une dyspnée d'apparition récente. »

Antécédents

Quels sont les antécédents utiles, liés au contexte ?
« La patiente est une femme de 62 ans. Il s'agit du 1er jour post-opératoire après une chirurgie abdominale. Elle ne présente aucun antécédent de maladie cardiaque ou pulmonaire. »

Evaluation

Quelle est mon évaluation de l'état actuel du patient ?

« Les bruits respiratoires sont diminués côté droit et la patiente dit avoir mal. J'aimerais éliminer un pneumothorax. »

Demande

Quelle est ma demande ?

« Je crois vraiment que la patiente devrait être examinée maintenant. Pouvez-vous venir immédiatement ? » Si le membre de l'équipe soignante n'est pas satisfait de la réponse à sa demande d'examen immédiat, il devrait demander de l'aide ou des conseils à une autre personne plus expérimentée.

Annonces

Les annonces sont le moyen de communiquer les informations importantes ou critiques à tous les membres de l'équipe simultanément lors de situations nouvelles. Cette technique aide les membres de l'équipe à anticiper les étapes suivantes et à confier à une personne donnée la responsabilité de poursuivre la tâche. Voici un exemple d'annonce entre un chef d'équipe et un interne.

Chef d'équipe : *Voies aériennes ?*

Interne : *Voies aériennes dégagées.*

Chef d'équipe : *Bruits respiratoires ?*

Interne : *Bruits respiratoires diminués côté droit.*

Chef d'équipe : *Tension artérielle ?*

Interne : *TA 96/92.*

Communication en boucle fermée

Voici une technique simple pour garantir que les informations énoncées par l'expéditeur sont bien comprises par le destinataire [23] :

Étape 1 : L'expéditeur initie le message.

Étape 2 : Le destinataire accepte le message et en répète le contenu.

Étape 3 : L'expéditeur vérifie l'exactitude du message répété pour confirmer qu'il a été bien compris.

Médecin : *Administrez 20 mg de Prednisolone en bolus IV.*

Infirmier(ère) : *20 mg de Prednisolone en bolus IV ?*

Médecin : *Oui.*

Transmissions ou changement d'équipe

Les transmissions ou le changement d'équipe sont un moment où la précision de l'échange d'informations est cruciale. Les erreurs de communication peuvent conduire à une mauvaise prise en charge des patients et à des événements indésirables. Les transmissions correspondent au transfert des responsabilités professionnelles de tout ou partie des soins d'un patient ou d'un groupe de patients à une autre personne ou à un autre groupe de professionnels, temporairement ou de façon permanente. *La stratégie "I pass the baton"* (je passe le témoin) contribue à faciliter des transmissions précises et en temps utile.

I	Introduction (présentation)	Se présenter, préciser son rôle et sa profession ainsi que le nom du patient
P	Patient	Nom, identifiant, âge, sexe, lieu
A	Assessment (évaluation)	Présenter la plainte principale, les signes vitaux, les symptômes et le diagnostic
S	Situation	État actuel, circonstances, directives anticipées, degré de certitude (/d'incertitude), changements récents et réponse au traitement
S	Safety concerns (préoccupations relatives à la sécurité)	Résultats de laboratoires/dossiers essentiels, facteurs socio-économiques, allergies et alertes (chute, isolement, etc.)
The		
B	Background (antécédents)	Comorbidités, épisodes précédents, traitement actuel et antécédents familiaux
A	Actions	Quelles mesures ont été prises ou sont nécessaires ? Fournir une brève justification
T	Timing	Niveau d'urgence, calendrier explicite et priorisation des actions
O	Ownership (appropriation)	Identifier qui est responsable (personne/équipe), y compris le patient/la famille
N	Next (ensuite)	Que se passera-t-il ensuite ? Changements attendus ? Comment y répondra-t-on ? Y a-t-il un plan B ?

Résolution des désaccords et des conflits



La capacité à résoudre les conflits et les désaccords au sein de l'équipe est cruciale pour la réussite du travail en équipe. Cela peut être particulièrement délicat pour les membres les moins expérimentés de l'équipe, tels que les étudiants, ou dans des équipes très hiérarchisées par nature.

Il est toutefois important que tous les membres de l'équipe se sentent libres de signaler tout élément qui pourrait selon eux avoir une incidence sur la sécurité d'un patient.

Les protocoles suivants ont été élaborés en vue d'aider les membres d'une équipe à exprimer leurs préoccupations en les classant.

Sécurité psychologique

C'est le degré auquel les professionnels de santé estiment que leur environnement de travail est susceptible de conduire à prendre des risques interpersonnels [24].

Règle des deux défis

La règle des deux défis vise à habiliter tous les membres de l'équipe à mettre un terme à une action s'ils estiment ou découvrent qu'elle est associée à un défaut de sécurité important. Il arrive parfois que l'on essaie de signaler quelque chose à un membre de l'équipe mais que cet avertissement soit ignoré ou écarté sans avoir été examiné sérieusement. Dans ce cas, la personne doit faire entendre ses préoccupations en les reformulant au moins une deuxième fois si la première interpellation est restée sans réponse (d'où ladite règle des deux défis). Ces deux tentatives peuvent émaner de la même personne ou de deux membres de l'équipe :

La première interpellation devrait prendre la forme d'une question.

Infirmier(ère) : *Je m'inquiète pour Mme Jones, lit 23. Elle n'a pas l'air bien et ses symptômes sont différents de ceux qu'elle présente habituellement. Pouvez-vous l'examiner ?*

La deuxième interpellation devrait fournir des arguments étayant les préoccupations du membre de l'équipe.

Infirmier(ère) : *Je suis vraiment inquiète pour Mme Jones. Ses symptômes sont préoccupants. Je pense qu'elle doit être examinée sans attendre.*

N'oubliez pas qu'il s'agit d'argumenter en faveur du patient. La règle des deux défis vise à garantir que l'inquiétude exprimée a été bien entendue, comprise et reconnue.

Le membre de l'équipe interpellé doit tenir compte de ces préoccupations.

Médecin : *D'après ce que vous dites, vous avez l'air très inquiet(ète) pour Mme Jones. Je vais la voir tout de suite.*

Si cela n'aboutit pas à un changement ou si la réaction obtenue n'est toujours pas acceptable, alors la personne qui signale un problème doit prendre des mesures plus fortes et s'adresser à un cadre ou au supérieur direct dans la chaîne hiérarchique.

CUS

CUS est l'abréviation désignant un processus en trois étapes visant à aider une personne à mettre fin à une activité problématique.

I am **C**oncerned (je suis préoccupé)

I am **U**ncomfortable (je suis mal à l'aise)

This is a **S**afety issue (c'est une question de sécurité)

La méthode DESC

DESC décrit un processus constructif de résolution des conflits. L'objectif est de parvenir à un consensus.

Décrire la situation ou le comportement spécifique et fournir des données ou éléments de preuves concrets.

Exprimer son ressenti face à la situation ainsi que ses préoccupations.

Suggérer des alternatives et rechercher un accord. Les Conséquences devraient être énoncées en termes d'effets sur les objectifs définis de l'équipe ou la sécurité des patients.

Obstacles à un travail d'équipe efficace



Le chemin vers l'instauration et le maintien d'un travail d'équipe efficace dans le secteur de la santé est semé d'embûches. Certains de ces obstacles sont décrits ci-après.

Changements de rôles

Dans de nombreux environnements de soins on constate une transformation importante et un glissement des tâches dévolues aux différents professionnels de santé. Entre autres exemples de ces glissements citons des responsabilités excessives qui pourraient être attribuées à des sages-femmes, des manipulateurs qui interpréteraient des clichés radios, des infirmiers qui prendraient une part active dans la réalisation de colonoscopies, des assistants dentaires qui réaliseraient des extractions et des couronnes et des préparateurs en pharmacie qui feraient des prescriptions. Ces fluctuations dans l'attribution des tâches peuvent poser problème aux équipes en ce qui concerne la répartition et la reconnaissance des rôles de chacun. Si dans certains cas (urgence, circonstances exceptionnelles) il s'avère nécessaire d'inclure dans l'équipe des membres pour réaliser des tâches auxquelles ils n'auraient pas été formés, ils doivent être encadrés avec la plus grande attention mais aussi soutenus comme des membres de l'équipe à part entière.

Évolutions dans les structures de soins

La nature des soins change de bien des manières. Ainsi, les maladies chroniques sont de plus en plus souvent prises en charge en soins de ville et de nombreuses interventions chirurgicales sont transférées vers des centres de soins ambulatoires. Ces évolutions supposent la création de nouvelles équipes et la modification des équipes existantes.

Hiérarchie et équipe de soins

Le secteur de la santé est très hiérarchisé par nature, ce qui peut s'avérer contre-productif et nuire au bon fonctionnement et à l'efficacité des équipes au sein desquelles le point de vue de tous les membres doit être pris en considération ; le chef d'équipe n'est pas nécessairement médecin.

Si l'importance du travail en équipe dans le secteur de la santé est de plus en plus reconnue, cela ne s'est toutefois pas traduit par une évolution des pratiques, notamment dans les pays où les normes culturelles de communication ne poussent pas naturellement au travail en équipe.

Nature individualiste des soins de santé

De nombreuses professions de santé, comme les soins infirmiers, la chirurgie dentaire et la médecine, reposent sur une relation singulière autonome entre le professionnel et le patient. Si cette relation reste une valeur essentielle, elle est remise en cause par de nombreux concepts du travail d'équipe et des soins partagés. On le voit à différents niveaux, allant des cliniciens qui ne veulent pas partager les soins de leurs patients aux implications médico-légales des soins en équipe.

Instabilité des équipes

Comme indiqué précédemment, les équipes soignantes sont souvent transitoires par nature, et se réunissent pour une tâche ou un événement spécifique (les équipes de réanimation, par exemple). Le caractère éphémère de ces équipes souligne l'importance capitale de la qualité de l'entraînement des membres qui la constituent, ce qui soulève des problèmes particuliers dans le secteur de la santé, où l'on ne prête souvent pas suffisamment attention à l'éducation et à la formation, les professionnels de santé étant concentrés sur la délivrance des soins.

Accidents dans d'autres secteurs d'activité

L'analyse d'incidents de grande envergure, comme les catastrophes aériennes, a permis d'identifier trois types principaux de défaillances du travail en équipe contribuant aux accidents, à savoir : une définition des rôles ambiguë, le manque de coordination explicite et d'autres défauts de communication [18, 25].

Évaluation des performances d'une équipe

Évaluer une équipe est une étape importante pour en améliorer les performances. Il existe plusieurs types de mesures permettant d'évaluer le travail en équipe [18, 26, 27]. Une équipe peut être évaluée dans le cadre d'une simulation, par observation directe en situation réelle ou au moyen d'exercices de travail en équipe, comme ceux décrits dans les prochaines sections sur l'enseignement du travail en équipe.

Il est possible d'évaluer la performance individuelle au sein d'une équipe ou l'équipe dans son ensemble. L'évaluation peut être réalisée par un expert ou par les pairs.

Une analyse des styles d'apprentissage ou des compétences en résolution de problème qu'apportent individuellement les membres au travail d'équipe peut être utile après l'évaluation des performances de l'équipe [28].

Résumé des connaissances requises

Un travail d'équipe efficace ne coule pas de source. Il faut connaître les caractéristiques des équipes performantes, le fonctionnement des équipes et les méthodes permettant de pérenniser un fonctionnement d'équipe efficace. Différents outils ont été élaborés pour promouvoir la communication au sein de l'équipe et les performances de cette dernière, dont les méthodes SAED, les annonces, les vérifications et la technique « I pass the baton ».

Ce dont les étudiants ont besoin pour appliquer les principes du travail en équipe

Les étudiants peuvent appliquer les principes du travail en équipe dès le début de leur formation. De nombreux programmes d'études en santé reposent sur l'apprentissage basé sur la résolution de problèmes ou impliquent des discussions en petit groupe au cours desquelles les étudiants travaillent ensemble en équipe pour acquérir des connaissances et résoudre des problèmes. Au travers de ces activités, ils peuvent commencer à comprendre comment fonctionne une équipe et ce qui en fait un groupe d'apprentissage efficace. S'exercer à partager des informations, des ouvrages et des notes de cours prépare à échanger des informations sur les patients ou usagers.

Etre conscient que ses propres valeurs et présupposés peuvent avoir une incidence sur les interactions avec les autres membres de l'équipe.

Les étudiants apprennent en observant comment différents professionnels de santé interagissent les uns avec les autres. Ils constateront qu'une équipe peut être composée de nombreuses personnalités et de styles de pratique très différents les uns des autres sans que cela nuise nécessairement à son efficacité. Au contraire, les forces et faiblesses complémentaires des différents membres de l'équipe peuvent faciliter la délivrance de soins de haute qualité en toute sécurité.

Etre attentif aux rôles des membres de l'équipe et à la manière dont les facteurs psychosociaux affectent les interactions au sein de l'équipe, et reconnaître l'effet du changement sur les membres de l'équipe

Il est souvent difficile pour les étudiants (et même les cliniciens en exercice) d'apprécier les différents rôles que jouent les professionnels de santé au sein des équipes, ou comment celles-ci réagissent au changement ou aux facteurs psychosociaux. Les étudiants peuvent être encouragés à réaliser des observations structurées des équipes, à analyser les rôles qu'occupent les différentes personnes et la corrélation entre la répartition de ces rôles, d'une part, et les caractéristiques personnelles et les professions des membres, d'autre part. Ils peuvent être incités à discuter avec plusieurs membres de l'équipe de leur expérience du travail en équipe. Les professeurs peuvent s'assurer en personne que les étudiants sont inclus dans des équipes dans lesquelles

ils se voient confier un rôle pour qu'ils aient la possibilité d'observer ces processus de l'intérieur. Il est primordial que tous les membres de l'équipe comprennent le rôle et les fonctions des différentes professions de telle façon que les bons référents et traitements soient proposés aux patients.

Considérer le patient comme un membre de l'équipe

Lorsque les étudiants s'entretiennent avec un patient, lorsqu'ils notent ses antécédents, réalisent un acte ou donnent un soin, ils devraient prendre le temps de communiquer et de nouer le dialogue avec lui. Ils peuvent lui demander ce qu'il fait dans la vie ou parler des inquiétudes ou préoccupations que lui ou son entourage peuvent avoir. Les étudiants peuvent inclure activement les patients lors des consultations et visites dans les services en les invitant à y prendre part ou en discutant avec l'équipe de la manière dont les patients pourraient être impliqués dans ces discussions.

Utiliser les techniques de soutien mutuel, de résolution des conflits, de communication appropriées, changer et observer les comportements

Les étudiants peuvent mettre en pratique toutes ces compétences aussi bien dans leur travail avec leurs pairs dans le cadre des groupes d'études que dans les équipes soignantes à mesure qu'ils avancent dans leur cursus de formation et s'impliquent davantage dans la prise en charge des patients. Comme indiqué ci-après, de nombreux exercices de travail en équipe peuvent être utilisés par les groupes d'étudiants et de professionnels pour explorer les différents styles de leadership, les techniques de résolution des conflits et les compétences de communication. Le niveau auquel les étudiants vivront ou observeront ces activités sera fonction de comment les professionnels de santé se sentent en confiance pour soulever entre eux ou avec leur responsable, questions ou problèmes.

Il existe plusieurs conseils pratiques pour aider les étudiants à améliorer leurs compétences de communication. Les étudiants peuvent commencer à mettre en pratique un bon travail d'équipe dès le tout début de leur formation. Une communication claire et respectueuse est le fondement même d'un bon travail d'équipe. Toujours se présenter au patient et à l'équipe ou aux personnes avec qui l'on travaille, même si ce n'est que pour quelques minutes. Apprendre les noms des membres de l'équipe et les utiliser. Certaines personnes ne prennent pas la peine d'apprendre les noms des membres de l'équipe les moins présents, comme les professionnels paramédicaux, car elles pensent qu'ils ne sont pas si importants que cela. Toutefois, les relations au sein de l'équipe ne pourront être que meilleures si les membres s'interpellent par leurs noms plutôt que par leur profession, comme « infirmier(ère) » ou « assistant ». En déléguant une tâche à une personne, la regarder et vérifier qu'elle dispose de toutes les

informations nécessaires à sa réalisation. Ne pas désigner clairement la personne à qui l'on s'adresse peut s'avérer dangereux car cela peut prêter à confusion. Utiliser un langage objectif et non subjectif.

Relire les instructions et fermer la boucle de communication concernant les informations sur les soins et le patient. Préciser même ce qui est évident pour éviter toute confusion.

Infirmier(ère) : *M. Brown va passer une radiographie.*

Étudiant : *Nous emmenons donc M. Brown passer une radiographie maintenant.*

Demander des précisions si quelque chose n'est pas clair. Poser des questions et clarifier en permanence. Clarifier son rôle dans différentes situations.

Infirmier(ère) : *M. Brown va passer une radiographie.*

Étudiant : *Nous emmenons donc M. Brown passer une radiographie maintenant.*

Infirmier(ère) : *Oui.*

Étudiant : *Qui emmène M. Brown passer sa radiographie ?*

Faire preuve d'assertivité lorsque cela est nécessaire. Tout le monde reconnaît que cela est difficile, mais si un patient est exposé à un risque de dommage grave, alors les professionnels de santé, les étudiants compris, doivent se faire entendre. Éviter un événement indésirable grave à l'un de ses patients ne pourra que susciter la reconnaissance du clinicien expérimenté à long terme. En cas de conflit, se concentrer sur « ce qui est juste » pour le patient, mais ne pas chercher à déterminer « qui » a tort ou a raison.

Briefer l'équipe avant d'entreprendre une activité en équipe et procéder à un débriefing ensuite. Cela encourage chaque membre de l'équipe à prendre part aux discussions sur ce qui s'est passé et ce qui peut être fait différemment ou amélioré la prochaine fois.

Études de cas

Défaut de communication au sein de l'équipe

Cette étude de cas montre comment un mauvais travail d'équipe peut conduire à des dommages pour le patient.

Un médecin arrivait au terme de sa première semaine d'exercice au sein du service des urgences. Il avait fini sa garde une heure plus tôt, mais le service étant surchargé, son supérieur lui avait demandé de voir un dernier patient. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans. Il était accompagné de ses parents, persuadés qu'il avait fait une tentative de suicide. Sa mère avait trouvé un flacon vide de paracétamol qui était plein la veille. Il avait fait plusieurs tentatives de suicide auparavant et était suivi par un psychiatre. Il a affirmé n'avoir pris que deux comprimés pour des maux de tête. Il a dit avoir fait tomber le reste des comprimés au sol et les avoir jetés. Les parents ont

indiqué avoir trouvé le flacon vide six heures plus tôt et étaient sûrs qu'il ne pouvait pas avoir pris le paracétamol plus de quatre heures avant qu'ils aient trouvé le flacon (soit 10 heures plus tôt).

Le médecin leur a expliqué qu'un lavage gastrique n'aurait aucun effet bénéfique. Il a fait un prélèvement sanguin afin de déterminer les taux de paracétamol et de salicylate. Il a demandé au laboratoire de communiquer les résultats aux urgences par téléphone dès que possible. Une étudiante infirmière était au bureau lorsque le technicien de laboratoire a téléphoné. Elle a noté les résultats dans le registre des messages. Le taux de salicylate était négatif. Pour le taux de paracétamol, le technicien a dit « deux », marqué une pause, puis continué « un trois ». « Deux point un trois », a répété l'infirmière avant de raccrocher. Elle a écrit « 2.13 » dans le registre. Le technicien n'a pas précisé si ce taux était toxique et n'a pas vérifié si l'infirmière avait compris. Lorsque le médecin est revenu au bureau, l'infirmière lui a lu les résultats. Le médecin a consulté un graphique affiché sur un tableau indiquant comment traiter les surdosages.

Un protocole de prise en charge des surdosages de paracétamol était également affiché au tableau, mais il était caché par un mémo. Le graphique indiquait qu'un taux de 2.13 était largement inférieur au seuil de traitement. A un moment, le médecin a pensé consulter son superviseur, mais elle avait l'air occupée. Il a préféré dire à l'étudiante infirmière que le patient devrait être admis pour la nuit, afin que le psychiatre l'examine le lendemain. Il a ensuite quitté son service avant l'arrivée des résultats écrits du laboratoire. Ceux-ci indiquaient : « taux de paracétamol : 213 ». L'erreur n'a été découverte que deux jours plus tard, alors que le patient commençait à présenter des symptômes d'insuffisance hépatique irréversible. Aucun donneur de foie n'a pu être trouvé pour une greffe, et le patient est décédé une semaine plus tard. S'il avait été mis sous traitement à son arrivée aux urgences, il ne serait peut-être pas mort.

Le médecin a été informé de ce qui était arrivé par son superviseur le lundi alors qu'il commençait sa garde suivante. Encore en état de choc, il a expliqué avoir agi en se fondant sur ce qu'il pensait être le bon résultat. Il a admis n'avoir pas réalisé que les taux de paracétamol ne sont jamais indiqués sous forme décimale. Comme il n'avait pas vu le protocole, il n'avait pas non plus pris conscience qu'il aurait convenu de démarrer le traitement avant même de recevoir les résultats du laboratoire, en considérant que l'anamnèse, bien que contradictoire, indiquait que le patient aurait pu avoir pris une quantité considérable de comprimés. Il serait injuste d'imputer l'erreur au médecin, à l'étudiante infirmière ou au technicien individuellement. La véritable faiblesse réside dans l'absence de contrôles de sécurité dans le système de communication des résultats d'analyse. Trois

personnes au moins ont fait une série de petites erreurs que le système a été incapable d'identifier.

Activités

- Dessinez un diagramme du flux d'informations entre professionnels de santé dans cette étude de cas et indiquez les points correspondant aux ruptures de communication.
- Discutez de ce qu'ont pu ressentir le médecin et l'étudiante infirmière et de la façon de les aider dans le cadre d'un débriefing non culpabilisant.

Source : National Patient Safety Agency. London, Department of Health, 2005. Les droits d'auteur et autres droits de propriété intellectuelle relatifs à ce document appartiennent à la NPSA. Tous droits réservés. La NPSA autorise les organisations de soins de santé à reproduire ce document à des fins éducatives et non commerciales.

Informations non relayées au sein de l'équipe et présumées non confirmées, conduisant à un résultat indésirable chez une patiente

Cet exemple montre comment les dynamiques entre étudiants et chirurgiens et les allées et venues du personnel en salle d'opération peuvent conduire à des événements indésirables.

Avant qu'une femme sur le point de recevoir une dérivation gastrique de routine ne soit emmenée en salle d'opération, une infirmière a informé une collègue que la patiente était allergique à la « morphine et aux agrafes chirurgicales ». Ces informations ont été répétées au chirurgien et à l'anesthésiste avant le début de l'intervention.

Peu avant la fin de l'intervention, le chirurgien a quitté la salle d'opération, laissant un interne sénior et deux internes débutants terminer le travail. L'interne sénior a lui aussi quitté la salle d'opération, confiant aux deux internes les moins expérimentés le soin de refermer l'incision. Ces derniers ont refermé une longue incision sur le ventre du patient à l'aide d'agrafes. Puis ils ont aussi refermé les trois incisions de laparoscopie avec des agrafes. Lorsque les internes les moins expérimentés ont commencé à poser les agrafes, un étudiant en médecine a sorti une feuille du dossier de la patiente et la leur a tendue. L'étudiant en médecine a tapé sur l'épaule de l'une des internes, lui a tenu le document pour qu'elle puisse le lire et lui a dit que la patiente était allergique aux agrafes. L'interne a regardé la feuille et affirmé qu'« on ne peut pas être allergique aux agrafes ».

Le chirurgien est revenu en salle d'opération lorsque les internes terminaient la pose d'agrafes. Il a constaté qu'ils avaient refermé les incisions avec des agrafes et les a informés que la patiente n'en voulait pas. Il leur a dit qu'ils devaient retirer toutes les agrafes et suturer l'incision. Il s'est excusé d'avoir négligé de les informer de cette allergie. L'un des internes a demandé si l'on pouvait être allergique aux agrafes,

ce à quoi le chirurgien a répondu : « cela n'a pas d'importance. La patiente est convaincue de l'être. » Le chirurgien a dit aux internes de retirer toutes les agrafes et de suturer les incisions. Cela a pris 30 minutes de plus.

Discussion

- Déterminez en quoi ce cas montre l'importance d'une communication claire entre tous les membres de l'équipe et débattre de la question des besoins et des préférences du patient.

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Lorelei Lingard, professeur agrégé, université de Toronto, Toronto, Canada.

Le travail d'équipe indispensable en réanimation d'urgence

Ce cas montre combien il est important que l'équipe soit préparée à prendre en charge efficacement un patient en arrêt cardiaque ou à pratiquer une réanimation d'urgence.

Simon, médecin, prenait son déjeuner tardivement à la cafétéria. Au milieu de son repas, une alerte arrêt cardiaque a été diffusée par le système de haut-parleurs de l'établissement. Il a couru pour prendre l'ascenseur jusqu'au cinquième étage où se trouvait le patient concerné. C'était l'heure de pointe et les ascenseurs étaient occupés. Au moment où il est arrivé au chevet du patient, une première infirmière avait amené le charriot de réanimation et une seconde lui avait mis un masque à oxygène.

« Tension artérielle, pouls, rythme cardiaque ? », a crié le médecin.

Une infirmière a attrapé un brassard pour mesurer la tension artérielle et a commencé à le gonfler. L'infirmière qui tenait le masque à oxygène a essayé de trouver un pouls au poignet du patient. Le médecin leur a crié de mettre en place un monitoring ECG et d'abaisser la tête de lit. Les infirmières ont essayé de suivre ses ordres ; l'une d'elle a interrompu la mesure de la tension artérielle pour abaisser le lit. Cela a fait tomber le masque à oxygène car le tuyau s'est pris dans le côté du lit.

Simon a commencé à s'énerver. Il n'avait aucune idée de la fréquence ni du rythme cardiaque. Le patient ne semblait pas respirer. Une fois allumé, le moniteur cardiaque a montré une fibrillation ventriculaire.

« Défibrillation, chargez à 50 joules », a demandé Simon.

Les infirmières l'ont regardé et ont demandé « Quoi ? »

« Défibrillation, 50 joules, chargez ! », a répondu Simon « Appelez un médecin, n'importe quel médecin, qu'il vienne m'aider maintenant ! », a-t-il crié.

Ils n'ont pas pu réanimer le patient.

Activité

- Décrivez ce cas confus de manière claire. Identifiez les principaux facteurs et résultats.

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Ranjit De Alwis, maître de conférence, Université médicale internationale, Kuala Lumpur, Malaisie.

Tous les membres de l'équipe comptent

Ce cas montre comment une initiative telle qu'un briefing préopératoire de l'équipe offre la possibilité aux membres de l'équipe opératoire de fournir des informations susceptibles d'affecter les résultats des soins chez un patient. Un briefing préopératoire de l'équipe est une brève réunion du personnel infirmier, des chirurgiens et des anesthésistes qui se tient avant une intervention chirurgicale afin de discuter de questions relatives à la procédure et au patient.

Pour préparer une résection antérieure basse et une iléostomie, l'équipe interprofessionnelle s'est réunie pour un briefing. Le chirurgien a demandé à l'infirmière si elle voulait intervenir. L'infirmière a signalé que la patiente s'inquiétait pour sa hernie. Le chirurgien a alors interrogé la patiente (qui était encore réveillée) sur la hernie. Le chirurgien a ensuite expliqué à l'équipe du bloc comment il procéderait concernant la hernie et qu'il pourrait être conduit à utiliser un implant de paroi.

Questions

- Est-ce le bon moment pour discuter avec une patiente qui a certainement reçu des médicaments préopératoires ?
- Quel type de consentement éclairé la patiente était-elle en mesure de fournir ? Qu'entend-on par « la patiente s'inquiétait pour sa hernie » ?
- L'infirmière aurait-elle dû soulever la question avant que la patiente n'arrive au bloc opératoire ?
- Cela aurait-il dû être mentionné au dossier médical et faire l'objet d'un suivi ?

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Lorelei Lingard, professeur agrégé, université de Toronto, Ontario, Canada.

Urgence dans un cabinet dentaire

Cette étude de cas montre combien il est important que tous les membres de l'équipe soient bien préparés à travailler ensemble en cas d'urgence.

Pendant l'extraction d'une molaire, le patient a commencé à transpirer et est devenu blanc. Il a demandé au dentiste d'arrêter l'intervention car il se sentait mal.

Le dentiste s'est arrêté, a allongé le patient au sol et lui a surélevé les jambes. Il a ensuite pris son pouls et demandé le matériel d'urgence.

L'assistante dentaire travaillait dans le centre depuis peu de temps. Personne ne lui avait dit où était rangé le matériel d'urgence. Elle a quitté le cabinet dentaire, laissant le dentiste seul avec le patient pendant qu'elle cherchait ce matériel.

L'état clinique du patient continuait à se détériorer rapidement. Le dentiste, seul dans son cabinet sans matériel d'urgence, est sorti demander de l'aide.

Deux minutes plus tard, il est revenu avec l'assistante dentaire (qui avait trouvé le matériel d'urgence) et deux autres confrères.

Le patient ne semblait plus respirer à ce moment-là. Les dentistes ont commencé la réanimation cardiopulmonaire (RCP). L'assistante dentaire a appelé une ambulance.

L'équipe n'a pas pu sauver le patient.

Questions

- Quels sont les facteurs associés à cet incident ?
- De quelle manière une meilleure communication entre les membres de l'équipe aurait-elle pu permettre d'éviter ce décès ?

Source : Cas fourni par Shan Ellahi, consultant en sécurité des patients, services communautaires Ealing and Harrow, National Health Service, Londres, Royaume-Uni.

Stratégies et formats d'enseignement

Ce module propose plusieurs stratégies d'apprentissage et de mise en pratique du travail en équipe. Travailler efficacement en équipe ne coule pas de source. Il est nécessaire d'assimiler un certain nombre de principes théoriques qui peuvent être enseignés de façon didactique. Les connaissances requises énumérées précédemment peuvent constituer le socle des exposés didactiques.

L'une des méthodes les plus efficaces pour apprendre à travailler en équipe étant de prendre part à une équipe, nous proposons plusieurs activités en équipe pouvant facilement être mises en pratique avec de petits groupes d'étudiants et qui ne requièrent pas de ressources importantes. Souvent, les étudiants n'auront pas d'expérience préalable de participation à des équipes soignantes. C'est pourquoi nous incluons également des activités dans lesquelles ils pourront se référer à leurs expériences de travail en équipe dans d'autres secteurs.

Pour que les étudiants se familiarisent avec les équipes soignantes, nous avons également prévu des activités visant à anticiper les types d'équipes qu'ils rencontreront de plus en plus à mesure qu'ils avancent dans leur cursus de formation et leur carrière.

Une récente revue systématique des formations au travail en équipe destinées aux étudiants en médecine et jeunes médecins a montré qu'enseigner les compétences nécessaires au travail en équipe aux étudiants et jeunes médecins était modérément efficace à court terme et que les résultats semblaient meilleurs lorsque les principes du travail en équipe étaient davantage abordés dans le cadre même du programme de formation [29].

Tout programme d'éducation et de formation au travail en équipe doit prendre en considération les comportements acceptables au regard de la culture locale, en ce qui concerne les prises de position au sein de l'équipe, ainsi que la nature des relations hiérarchiques dans le pays concerné.

Nous concluons cette section par une discussion sur la formation pluriprofessionnelle qui peut être envisagée ou non dans le cadre de votre programme.

Formation au travail en équipe dans le cours d'un programme

Une année de formation offre maintes possibilités d'organiser des activités d'enseignement et d'apprentissage en lien avec le travail en équipe. Un programme de formation pourrait par exemple être structuré de la manière suivante :

Première(s) année(s)

Exposés didactiques sur :



- les fondamentaux du travail en équipe et les styles d'apprentissage ;
- les différents types d'équipe en santé ;
- les différents styles d'apprentissage.

Activités en petits groupes axées sur :



- le développement des compétences de base nécessaires au travail en équipe ;
- l'appréciation de différents styles d'apprentissage et de résolution des problèmes ;
- une réflexion sur des expériences en équipe en dehors du secteur de la santé ;
- les rôles des différentes équipes soignantes.

Année(s) intermédiaire(s) et suivante(s)

Exposés didactiques sur :



- les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé au sein des équipes ;
- les caractéristiques d'une équipe efficace ;
- les stratégies permettant de surmonter les obstacles à un travail d'équipe efficace.

Activités en petits groupes incluant :



- une participation pluriprofessionnelle ;
- une réflexion sur l'expérience vécue en tant qu'étudiant participant à des équipes soignantes ;
- une simulation de travail en équipe dans un contexte de soins (de basse ou haute fidélité).

Activités d'enseignement

Inviter des intervenants modèles

Le travail en équipe n'étant pas toujours reconnu ou valorisé dans les environnements de soins où évoluent les étudiants, il est important d'inviter des professionnels ayant fait preuve d'une conduite exemplaire en la matière, à intervenir dans le cadre de la formation au travail en équipe. Si possible, identifiez les cliniciens réputés pour leur travail au sein d'équipes multidisciplinaires pour occuper ce rôle. Dans l'idéal, les intervenants modèles devraient présenter différents aspects de la théorie du travail en équipe et les illustrer par des exemples issus de leurs propres expériences. Dans la mesure du possible, ils devraient être issus de différentes professions de santé.

Activités de réflexion autour des expériences de travail en équipe.

Pour présenter les concepts de travail en équipe aux étudiants, une méthode simple consiste à leur demander de réfléchir aux équipes qu'ils ont eu l'occasion d'intégrer à l'école ou à l'université. Il peut s'agir d'équipes de sport, de travail, de chorales, etc. Dans le cadre des exercices de réflexion, des sondages simples peuvent être utilisés pour aborder les questions concernant le travail en équipe.

Ces exercices peuvent aussi s'articuler autour d'exemples de travail en équipe, qu'il ait réussi ou non, tirés de l'actualité et/ou de l'environnement social. Ils peuvent prendre la forme de quiz ou de discussions de groupe sur des articles de journaux décrivant les défaites d'équipes sportives associés à un mauvais travail d'équipe ou des exemples marquants d'erreurs cliniques résultant d'un échec du travail d'équipe. Les études de cas fournies dans ce module pourraient également être utilisées pour illustrer les échecs du travail d'équipe.

Des exemples notoires d'échecs et de réussites du travail d'équipe issus d'autres secteurs d'activité, comme les accidents d'avion ou incidents dans des centrales nucléaires, sont souvent utilisés pour enseigner les principes du travail en équipe. Plusieurs d'entre eux ont été décrits de manière détaillée par Flin *et al.* [18].

Exercices de renforcement de l'esprit d'équipe

Il existe un vaste éventail d'activités pouvant aider à mieux comprendre les dynamiques d'équipe et les différents styles d'apprentissage. Une simple recherche sur Internet suffit pour en trouver de nombreux exemples. Elles peuvent être utiles à tout membre d'une équipe et ne nécessitent pas de connaissances préalables en santé ou concernant le travail en équipe. Ces exercices peuvent être amusants et ont souvent pour effet positif de souder les groupes d'étudiants.

N'oubliez pas : la partie la plus importante de tout exercice de renforcement de l'esprit d'équipe est le

débriefing réalisé à la fin de ce dernier. Il a pour but de souligner ce qui a bien fonctionné pour l'équipe afin de renforcer les comportements efficaces. Mais l'équipe devrait aussi réfléchir aux difficultés et obstacles qu'elle a rencontrés. Il convient d'étudier les stratégies permettant de surmonter ces obstacles et de les mettre en pratique lors des séances suivantes.

Construire des tours en papier journal : un exemple d'exercice de renforcement de l'esprit d'équipe

Voici un exemple d'exercice interactif qui ne nécessite pas de contact physique et qui peut être adapté selon la taille et les dynamiques du groupe ainsi que le temps disponible.

Pour commencer, répartissez les étudiants en groupes de 2 à 6 personnes. Donnez à chaque groupe le même nombre de feuilles de papier journal (moins il y en a, plus l'exercice est difficile, 20 à 30 feuilles conviennent pour un exercice de 10 à 15 minutes) et un rouleau de ruban adhésif. La tâche consiste à construire la plus haute tour autoportante uniquement en papier journal et ruban adhésif dans le temps imparti. L'exercice a pour but de montrer l'importance de la planification (temps, méthode de construction, créativité) et l'effet motivant d'une tâche en équipe. Les instructions doivent être parfaitement claires. Par exemple, la tour doit-elle tenir seule ou peut-elle être stabilisée par différents moyens ? Peu importe la solution choisie, l'essentiel étant de clarifier tout point susceptible d'affecter le résultat.

Vous pouvez attribuer autant de feuilles de papier que vous voulez en fonction de l'objectif principal de l'exercice ainsi que du temps dont vous disposez et du nombre de personnes dans chaque équipe. En règle générale, le nombre de feuilles sera moins important avec les équipes les plus petites et lorsque le temps disponible pour l'exercice est court. Un gros volume de papier journal, de grandes équipes et une durée courte conduisent au chaos. Cela peut parfaitement bien illustrer la nécessité du leadership et du management. A moins que votre objectif ne soit axé sur le leadership et la gestion de la phase de planification, évitez la combinaison petit nombre de feuilles de papier journal et grandes équipes. Les petites équipes n'ont pas besoin de grandes quantités de papier, sauf si l'une des règles que vous imposez est d'utiliser tout le matériel à disposition, afin de mettre l'accent sur la phase de planification et de conception.

Environnements de soins simulés

La simulation est de plus en plus utilisée dans l'apprentissage et la mise en pratique du travail en équipe en soins de santé. Elle est idéale pour apprendre puisqu'elle combine –à la sécurité offerte par l'absence de véritable patient –à la possibilité d'accélérer ou de ralentir la progression des scénarios, notamment en cas d'utilisation de mannequins. Cela convient parfaitement bien aux

exercices de travail en équipe, car l'importance de comportements exemplaires en équipe est particulièrement manifeste dans les situations d'urgence où le temps compte. De plus, elle offre aux étudiants la possibilité d'appréhender la gestion d'une situation en temps réel.

Dans l'idéal, les environnements simulés peuvent être utilisés pour explorer le travail en équipe dans des groupes réunissant plusieurs professionnels de santé différents. La mise en pratique du travail en équipe ne devrait pas être axée sur les compétences techniques des étudiants mais plutôt sur leurs interactions et la communication entre eux. Le meilleur moyen pour que les étudiants restent focalisés sur cet objectif est de leur permettre d'apprendre les gestes techniques du scénario et de les mettre en pratique ensemble avant de réaliser la simulation. Cela prend généralement la forme d'un premier atelier de préparation centré sur la procédure. Si les connaissances et les compétences de base posent problème à l'équipe, les problèmes techniques et cliniques risquent d'être si nombreux qu'ils prendront le pas sur la discussion sur le travail en équipe. En revanche, si les étudiants ont bien préparé à l'avance les aspects techniques du scénario, le défi sera pour eux de mettre leurs connaissances en pratique en tant qu'équipe. La simulation offre alors une occasion inestimable d'explorer les aspects non techniques du scénario, à savoir les problèmes de travail en équipe, de leadership et de communication qui émergent au fil de l'atelier [18].

Comme pour les exercices de renforcement de l'esprit d'équipe décrits plus haut, il est essentiel de réaliser un débriefing structuré de la façon dont les équipes ont vécu l'exercice de simulation afin de déterminer ce qui a fonctionné et pourquoi, d'identifier les difficultés et leurs raisons et ce qui pourrait être fait pour améliorer les performances de l'équipe à l'avenir. Si la simulation conduit des étudiants issus de différents cursus de formation en santé à travailler ensemble, les rôles, points de vue et problèmes propres à chaque profession peuvent aussi être examinés lors du débriefing.

La principale contrainte associée aux exercices de simulation réside dans les ressources considérables qu'ils nécessitent, notamment en cas d'utilisation d'un mannequin informatisé et/ou de transformation du lieu de formation en environnement clinique.

Participation à une équipe soignante

Les étudiants, tout particulièrement dans les dernières années de leur formation, devraient être encouragés à participer à différents types d'équipes soignantes dès que l'occasion se présente. Si les cliniciens d'un service ou d'un centre de soins particulier maintiennent une approche traditionnelle des soins en silo (non multidisciplinaire), cela ne doit pas empêcher les étudiants de travailler avec d'autres professionnels de santé au sein d'une équipe.

Les professeurs devraient identifier les équipes dans lesquelles les étudiants seront les bienvenus et se verront, dans l'idéal, confier un rôle. Il peut s'agir d'équipes de planification des soins multidisciplinaires bien établies, comme celles que l'on trouve en santé mentale ou en oncologie, ou d'équipes plus fluides, comme celles des urgences. Il peut aussi s'agir d'équipes de soins de santé primaires dans la population.

Il est important que les étudiants réfléchissent à leurs expériences en équipe dans le secteur de la santé et qu'ils les partagent avec leurs pairs et les professeurs. Cela permettra de discuter des aspects positifs et négatifs de leurs expériences. Il convient de demander aux étudiants d'identifier les équipes qu'ils considèrent comme des équipes modèles et d'expliquer pourquoi. Ils devraient être encouragés à se poser les questions suivantes :

- Quelles étaient les forces de l'équipe ?
- Quelles professions étaient représentées au sein de l'équipe et quels étaient leurs rôles ?
- L'équipe avait-elle des objectifs clairs ?
- Y avait-il clairement un leader ?
- Tous les membres de l'équipe avaient-ils la possibilité de participer ?
- Comment les membres de l'équipe communiquaient-ils les uns avec les autres ?
- Comment l'étudiant a-t-il pu voir l'équipe s'améliorer ?
- Le patient faisait-il partie de l'équipe ?
- Quels ont été les résultats et ont-ils été efficaces ?

Il convient de demander aux étudiants d'étudier et de réfléchir aux aspects du travail en équipe connus pour constituer des sources d'erreurs, comme la communication entre les professionnels de soins primaires et secondaires ou pendant les transmissions des changements d'équipes.

Les étudiants pourraient aussi prendre part à une discussion avec une équipe pluridisciplinaire efficace afin de déterminer comment l'équipe fonctionne et travaille ensemble.

Formation pluriprofessionnelle

En santé, on ne peut évoquer le travail d'équipe sans mentionner le rôle important de la formation pluriprofessionnelle au cours des études.

La préparation des futurs professionnels à une pratique efficace en équipe est au cœur même de la formation pluriprofessionnelle qui réunit des étudiants de différentes disciplines avant leur diplôme afin qu'ils apprennent ensemble et les uns des autres. Cela aide les étudiants à apprécier et à respecter les différents rôles des professionnels de santé avant d'intégrer leur propre groupe professionnel.

Si les arguments selon lesquels la formation pluriprofessionnelle initiale devrait améliorer le travail en équipe par la suite sont convaincants, les recherches venant les étayer ne sont pas encore concluantes.

Les universités ont adopté différentes approches pour intégrer la formation pluriprofessionnelle dans leurs cursus de formation en fonction des ressources disponibles, des programmes d'études actuels et de l'appui dont elle bénéficie à haut niveau. Ces approches peuvent aller d'une refonte totale et d'un alignement de tous les programmes d'études en santé prévoyant l'intégration de modules et d'activités de formation pluriprofessionnelle à l'ajout de cette formation aux programmes existants en fonction des opportunités.

Les ressources et activités incluses dans ce guide conviennent aussi bien à des étudiants d'une même profession qu'à des groupes d'étudiants pluridisciplinaires.

Une liste de lectures supplémentaires sur la formation pluriprofessionnelle et de liens vers des universités l'ayant intégrée dans leurs programmes de formation est fournie ci-après.

Outils et ressources (formation pluriprofessionnelle)

Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academies Press, 2003.

Almgren G et al. *Best practices in patient safety education: module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, 2004.

Universités ayant lancé d'importantes initiatives de formation pluriprofessionnelle :

- Faculté de sciences de la santé, université Linköping, Suède. (<http://www.hu.liu.se/?l=en> ; consulté le 20 février 2011).
- Collège des disciplines de la santé, université de Colombie-Britannique, Canada. (<http://www.chd.ubc.ca/> ; consulté le 20 février 2011).

Des exemples gratuits d'exercices de renforcement de l'esprit d'équipe sont disponibles sur le site Internet suivant : <http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm> ; consulté le dimanche 20 février 2011.

Résumé

En résumé, la formation au travail en équipe des étudiants en professions de santé peut reposer sur diverses techniques, dont bon nombre peuvent être dispensées en salles de classe ou dans des environnements simulés de basse fidélité.

Dans l'idéal, les étudiants devraient prendre part à des équipes réelles et apprendre par l'expérience et la réflexion guidée ; la formation au travail en équipe devrait couvrir autant de principes du travail d'équipe efficace que possible.

Outils et ressources documentaires

TeamSTEPPS™ : stratégies et outils visant à améliorer les performances et la sécurité des patients.

United States Department of Defence, in collaboration with the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (<http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm> ; consulté le 20 février 2011). TeamSTEPPS™ permet également d'accéder gratuitement à une série de vidéos.

La trousse à outils ISBAR (SAED) Toolkit est disponible sur le site Internet TeamSTEPPS mentionné ci-dessus (<http://www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.htm#sbarsl9> ; consulté le 14 novembre 2010).

Évaluation des connaissances de ce module

De nombreuses modalités différentes peuvent être utilisées pour évaluer le travail en équipe. Les QCM peuvent être utilisés afin d'évaluer les connaissances. Un portfolio peut permettre de conserver des archives et de mener une réflexion sur les activités de travail en équipe rencontrées tout au long du programme de formation.

Des devoirs peuvent être spécifiquement prévus pour faire travailler les étudiants en équipe. Il peut s'agir de demander aux étudiants de réaliser un projet de leur choix lié ou non à la santé ou de leur suggérer un projet comme la planification de la conception d'un appartement destiné à une personne en chaise roulante ou encore la planification de l'élaboration d'un programme de sensibilisation à la santé bucco-dentaire en milieu rural. Dans cette tâche, l'accent n'est pas tant le résultat du projet que sur la manière dont les étudiants travaillent ensemble.

Les devoirs suivants peuvent être plus complexes. Les étudiants pourraient analyser une équipe avec laquelle ils ont travaillé et formuler des recommandations pour l'améliorer.

Un devoir écrit pourrait porter sur l'observation des fonctions de l'équipe en suivant l'hospitalisation d'un patient pendant une période donnée ou sur le suivi un professionnel de santé en étudiant le nombre d'équipes avec lesquelles il interagit et son rôle dans chacune d'elles.

Il est aussi possible de demander aux équipes d'identifier un problème de sécurité, de collecter des données sur celui-ci, de les analyser et de décrire des interventions visant à prévenir ou à atténuer le problème.

En fonction des ressources disponibles, des exercices de simulation peuvent également être utilisés pour évaluer l'efficacité du travail en équipe soignante en cours d'apprentissage ou en fin de formation.

Dans l'idéal, certaines évaluations devraient réunir des étudiants de différentes professions de santé.

Évaluation de l'enseignement de ce module

Comme pour tout exercice d'évaluation, plusieurs phases doivent être prises en considération. Elles incluent :

- une analyse des besoins (ou évaluation prospective) visant à déterminer le volume de formation au travail en équipe existant et les besoins en la matière ;
- une évaluation en cours d'exécution d'un programme afin d'en optimiser l'efficacité ;
- une évaluation d'impact destinée à suivre l'effet du programme sur les connaissances et compétences acquises au cours du programme.

Pour de plus amples informations sur l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

Références

1. Baker DP *et al.* *Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Literature review.* AHRQ Publication No. 050053. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 (<http://www.ahrq.gov/qual/medteam/> ; consulté le 20 février 2011).
2. Salas E, Dickinson TL, Converse SA. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance.* Norwood, NJ, Ablex, 1992:3–29.
3. Orasanu JM, Salas E. Team decision making in complex environments. In: Klein GA *et al.*, eds. *Decision making in action: models and methods.* Norwood, NJ, Ablex, 1993:327–345.
4. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA *et al.*, eds. *Team effectiveness and decision-making in organizations.* San Francisco, Jossey-Bass, 1995:333–380.
5. Bowers CA, Braun CC, Morgan BB. Team workload: its meaning and measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:85–108.
6. Brannick MT, Prince C. An overview of team performance measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:3–16.
7. Salas E *et al.* Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance.* Norwood, NJ, Ablex, 1992:329.
8. Agency for Health Care Quality and Research. *TeamSTEPPS: strategies and tools to enhance performance and patient safety.* Rockville, MD, Agency for Healthcare Quality and Research, 2007.
9. Bogner M. *Misadventures in health care.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 2004.
10. Lingard L *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:330–334.
11. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29:211–217.
12. Stevenson K *et al.* Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family Practice*, 2001, 18:21–26.
13. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *British Journal of Cancer*, 1994, 70:363–370.
14. Morey JC, Simon R, Jay GD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553–1581.
15. Risser DT *et al.* The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:373–383.
16. Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19:358–370.
17. Tuckman BW. Development sequence in small groups. *Psychological Review*, 1965, 63:384–399.
18. Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills.* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
19. Lingard L *et al.* A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality and Safety in Health Care*, 2006, 15:422–426.
20. Lingard L *et al.* Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine*, 2005, 80 (Suppl. 10): S75–S79.
21. West M. *Effective teamwork: practical lessons from organisational research.* Leicester, Blackwell Publishing, 2004.
22. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18:137–140.
23. Barenfanger J *et al.* Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *American Journal of Clinical Pathology*, 2004, 121:801–803.
24. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:ii3–ii9.
25. Rouse WB, Cannon Bowers J, Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 1992, 22:1295–1308.
26. Stanton N *et al.* *Human factors methods: a practical guide for engineering and design.* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2005.

27. Salas E et al. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 2007, 78:5 (Suppl. Sect. 11):B77–B85.
28. Honey P, Mumford A. *A manual of learning styles*. Maidenhead, Peter Honey, 1986.
29. Chakraborti C *et al.* A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23:846–853.

Diaporamas pour la Module 4 : Etre un membre efficace en équipe

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d’enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d’exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d’interagir et d’échanger leurs points de vue pendant le cours. Pour lancer une discussion de groupe, vous pouvez vous appuyer sur une étude de cas par exemple. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans le module.

Les diaporamas du Module 4 ont pour objectif d’aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d’ailleurs préférable d’adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.