

Apprendre à collaborer : un défi pour améliorer la qualité des soins

Autor(en): **Picchiottino, Patricia**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **114 (2016)**

Heft 9

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949237>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Apprendre à collaborer, un défi pour améliorer la qualité des soins

Face aux nombreux changements du système de santé suisse, il devient impératif de décloisonner l'activité «en silo» des différentes filières de formations et de promouvoir des compétences collaboratives et interprofessionnelles. L'auteure en décrit le contexte historique et pédagogique. Elle présente aussi un des outils de formation actuellement à disposition pour y arriver: le «TeamSteps» pourrait être le vecteur d'un réel changement culturel partagé par toutes et tous.

.....
Patricia Picchiottino

La sage-femme, entre autonomie et interdépendance, coordonne son action avec les autres professionnels qui gravitent dans le champ de la périnatalité. En équipe rapprochée ou élargie à l'échelle des soins à domicile, elle collabore et communique pour articuler ses actions dans l'intérêt de la mère, de l'enfant et de la famille. Les situations d'urgence restent les situations critiques potentiellement les plus dramatiques. Si plus de la moitié des morts maternelles et néonatales seraient potentiellement évitables, plus de la moitié de ces événements graves pourraient être dus à des problèmes de communication au sein des équipes en périnatalité (Lewis, 2007). Ce constat est identique dans les autres domaines de la médecine et l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle devient donc un enjeu majeur pour améliorer la qualité et la sécurité des soins (Committee Quality Health Care, 2001; Kohn, 2000).

.....
Auteure



Patricia Picchiottino, sage-femme, responsable adjointe du Centre interprofessionnel de simulation (CIS), Genève.

Hors situations d'urgence, des failles dans la collaboration interprofessionnelle dans d'autres types de situations complexes, notamment entre les différents acteurs du réseau de soin, peuvent également mener à des soins sous-optimaux et à des issues défavorables pour la mère et l'enfant (Junod Perron, 2014). Plus largement, une meilleure compréhension des rôles et responsabilités des acteurs de santé comme des compétences de chacun pourrait favoriser une meilleure efficacité du système de santé. Le rapport *Santé2020*, qui fixe les priorités de la politique sanitaire suisse, mentionne comme objectif, non seulement de disposer de davantage de personnel soignant bien formé, mais aussi d'améliorer la collaboration entre les différents métiers de la santé en adaptant les programmes de formation et en faisant la promotion de l'interprofessionnalité (OFSP, 2013).

La question des erreurs sous la loupe

La publication aux Etats-Unis en 1999 du rapport de l'*Institute of Medicine* (IOM) intitulé «L'erreur est humaine» a attiré l'attention du gouvernement et du grand public sur le fait que 40 000 à 100 000 patients décèdent chaque année dans les hôpitaux américains par suite d'une erreur médicale et que 65 à 80 % des événements indésirables graves sont liés à des facteurs humains. En Suisse, le nombre de décès liés à une erreur médicale est estimé entre 700 et 1700 par année (Sécurité des patients Suisse). Si l'analyse de ces erreurs montre que les causes sont variées, les problèmes de communication sont aussi cités comme source d'erreurs.

Dans le domaine des soins obstétricaux, plusieurs enquêtes aux Etats-Unis et en Europe corroborent ce constat: l'insuffisance du travail transdisciplinaire, un travail d'équipe pauvre ou inexistant, des défauts de transmission d'informations significatives ou un manque de relations interpersonnelles représenteraient plus de la moitié des erreurs évitables. En 2004, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* a conclu que l'amélioration du travail d'équipe et de la communication est la base de la prévention des erreurs (ACOG, 2009).

Facteurs humains et Crisis Ressource Management

L'analyse des erreurs montre donc l'importance des facteurs humains. Les équipes sont constituées d'individus qui communiquent, organisent, prennent des décisions. Au-delà des connaissances, de la maîtrise des procédures ou des gestes techniques, la performance d'une équipe fait appel à des compétences dites «non techniques», comme la capacité à coopérer, à assumer un leadership, à coordonner, à communiquer. Chaque action peut être perturbée par des facteurs liés au stress, à la fatigue, à la gestion des ressources. Certaines industries à haut risque, comme l'aviation civile ou l'industrie nucléaire, ont développé des stratégies de formation pour mieux tenir compte de ces facteurs humains. L'expertise de l'aéronautique en matière d'entraînement du personnel navigant en situation de crise dans les simulateurs de vol a ainsi été adaptée pour être transposable dans le milieu de la santé en tenant compte de ses propres spécificités.

En effet, le milieu médical n'est pas un domaine stable qui peut atteindre un haut niveau de sécurité uniquement grâce à des procédures standardisées. Les raisons de cette instabilité peuvent être complexes et multifactorielles, nécessitant l'intervention d'une équipe multi-professionnelle. Les principes de CRM (*Crisis Ressource Management*) issus de l'aviation, définissent des comportements d'équipe nécessaires à la gestion d'une situation de crise, tant au niveau individuel que collectif. Ils comprennent, entre autres, la définition du rôle de *leader* et de *follower*, la sensibilité situationnelle, la gestion des ressources et l'anticipation, ainsi que des outils de communication visant à limiter les incompréhensions, les malentendus et donc les erreurs en situation d'urgence (Jaffrelot, 2016). A titre d'exemple, un des outils pratiques les plus utilisés pour permettre une communication structurée efficace en situation d'urgence est le SCAR: *situation, contexte, appréciation, recommandation* (Riesenberg, 2009).

Tableau 1

«SCAR»: Situation, contexte, appréciation, recommandation

Situation actuelle	«Le monitoring fœtal de Mme X présente des décélérations tardives répétitives»
Contexte	«Elle est à dilatation complète depuis 20 minutes»
Appréciation	«La présentation est juste aux épines, j'ai stoppé le syntocinon»
Recommandation	«J'ai besoin de toi pour ...», «Peux-tu venir dans ... ?», «J'ai besoin de ton avis sur... »



Nadine Oberhauser

Doyenne de la Filière Sage-Femme, Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne

Chère lectrice, cher lecteur,

Vous entendez «interprofessionnalité» et vous comprenez «interdisciplinarité»? Ce n'est pas faux, mais pas tout à fait juste non plus. Le concept n'est pas nouveau, il date des années 80 dans les pays anglo-saxons. La Suisse s'y intéresse depuis environ dix ans. Mais de quoi s'agit-il? «Les pratiques collaboratives se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins» (Office fédéral de la santé publique, 2012).

Rien de nouveau, me direz-vous, si l'on n'ajoute que cette collaboration est centrée sur les besoins du patient, afin d'y répondre et d'offrir une meilleure qualité de soins. Or, il ne s'agit pas de savoir utiliser les compétences des autres professionnels à bon escient, ou de déléguer des actions pour arriver à ce but. Il s'agit de connaître les fonctions et rôles des autres professionnels, de partager les connaissances et compétences d'un groupe de manière à définir ensemble, ce qui est la meilleure offre pour une situation donnée et par qui elle peut être assumée.

Pour ce faire, il faut avoir des compétences avérées en communication, gestion de groupe, gestion de conflit, et accepter un leadership collaboratif qui dépasse la logique hiérarchique des professions. Nous savons que la gestion des interactions professionnelles est difficile au quotidien, et qu'elle doit se faire dans l'urgence, la complexité, la solitude parfois, avec des enjeux et des valeurs qui diffèrent, une vision des responsabilités et du rôle professionnel qui cristallise les enjeux de territoire et de pouvoir.

Accepter l'interprofessionnalité dans toute sa complexité, c'est être plus fort et meilleur en groupe que seul. Une démarche exigeante et nécessaire, mais passionnante.

Cordialement, Nadine Oberhauser

Tableau 2

TeamStepps 2.0● **Structure de l'équipe**

Identification des rôles et responsabilités de tous ceux qui travaillent ensemble pour assurer la sécurité du patient

● **Communication**

Processus structuré qui permet un échange d'information clair et précis entre les membres de l'équipe

● **Leadership**

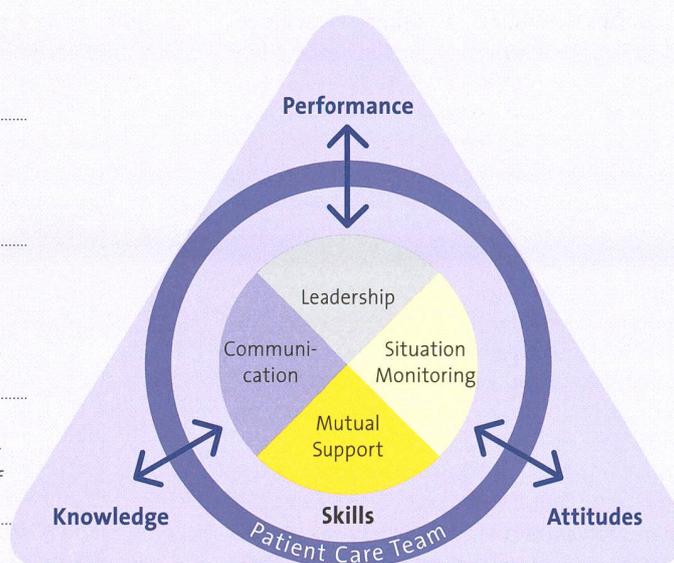
Capacité à maximiser les activités des membres, en s'assurant que les actions de chacun soient comprises, que l'information soit partagée et que chacun ait les ressources nécessaires

● **Monitorage (ou paramétrage) de la situation**

Surveillance active de la situation pour s'informer ou comprendre ce qui se déroule et rester attentif pour soutenir l'équipe

● **Soutien mutuel**

Capacité à anticiper et soutenir les besoins de l'équipe (y compris le patient!), en étant conscient des charges et responsabilités de chacun



La simulation est une des méthodes pédagogiques répandues dans le monde pour exercer le travail d'équipe et les CRM dans différents domaines de la médecine, dont l'obstétrique. Cet apprentissage expérientiel améliore la performance des équipes, grâce au débriefing souvent absent dans la pratique clinique. La simulation permet aussi l'exposition à des situations rares ou les plus à risque, comme les situations d'urgences obstétricales.

Un outil systémique pour un changement de culture

Au-delà des situations de crise, des obstacles au travail d'équipe existent et peuvent être des freins à une bonne collaboration, devenant ainsi source d'erreurs ou de prises en charge sous-optimales. La culture punitive en cas d'événements indésirables, les problèmes liés aux rapports hiérarchiques et à l'autorité en font notamment partie (Jaffrelot, 2016).

Pour vaincre ces obstacles, des modèles de formation existent, plus systémiques, qui visent à changer en profondeur le rapport au travail d'équipe en instaurant une nouvelle culture. Un de ces modèles, *TeamStepps*, a émergé en 2005 aux Etats-Unis. Il s'appuie sur des données probantes et est issu d'une collaboration entre le Département américain de la défense et l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) – qui dépend du Département de la santé, dont le but est d'appuyer la recherche pour améliorer la qualité des soins. Ce modèle intègre non seulement les concepts de CRM abordés plus haut, mais plus largement des principes applicables à des contextes de soins variés, y compris extrahospitaliers.

Par ailleurs, il propose une vision d'une équipe élargie aux différents professionnels qui interagissent avec le patient à différents temps, y compris potentiellement des acteurs administratifs ou sociaux. Dans ce modèle, le patient fait partie intégrante de l'équipe de soin. Le modèle du patient «au centre» évolue vers celui du «patient partenaire» (U.S. Department of Health, 2014).

Le concept *TeamStepps* se décline en cinq axes : l'organisation et la structure de l'équipe, le leadership, la communication, le soutien mutuel et le monitorage (ou paramétrage) de la situation (Tableau 2).

Ce modèle, déployé dans les hôpitaux militaires américains, comprend une stratégie d'application et de gestion du changement en plusieurs étapes. Certaines compétences visées par *TeamStepps* peuvent être entraînées en simulation (*TeamStepps* intègre une formation à la simulation interprofessionnelle), mais le modèle a été conçu pour être porté beaucoup plus largement et faire partie d'une politique institutionnelle, dans le but de permettre un réel changement culturel partagé par tous.

Un des points forts de *TeamStepps* est d'inciter chacun, quel que soit son rôle ou son niveau hiérarchique, à oser manifester son inquiétude et à questionner la prise en charge s'il pense que la sécurité du patient est en jeu. Un autre point important est le débriefing des situations, selon une approche bienveillante et un feed-back constructif. Ces messages, s'ils sont diffusés comme politique institutionnelle, pourraient être une des clés d'un changement culturel.

Une expérience genevoise

En Suisse, la formation des différents professionnels de la santé est régie par des cadres légaux qui, à différents niveaux, donnent les directives pour la conception des programmes de formation en santé. Les compétences interprofessionnelles communes aux professionnels de santé s'appuient sur le «Référentiel canadien en matière d'interprofessionnalisme» (CIHC, 2010). Ses principes régissent la formation dans le domaine santé HES-SO et s'inscrivent sous la forme des compétences génériques édictées par la Conférence des recteurs des hautes écoles spécialisées suisses (KFH, 2009). Celles-ci sont bien dans la ligne du rapport *Santé2020* qui mentionne dans son bilan intermédiaire et ses priorités 2016 l'attention particulière accordée à la collaboration entre les différentes professions de la santé à travers un programme d'encouragement de l'interprofessionnalité, approuvé par le Conseil fédéral et actuellement débattu au Parlement (OFSP, 2016).

Si ces cadres incitatifs existent, les différents professionnels de la santé sont encore le plus souvent formés «en silo», la collaboration s'apprenant sur le terrain de la formation pratique. Sur impulsion politique, mais aussi institutionnelle et pédagogique, ainsi que pour répondre aux besoins de la future population dans le contexte et l'organisation des services de santé actuels, une réflexion a été engagée à Genève dès 2012 entre la HEdS (Haute école de santé) avec ses cinq filières de formation et la faculté de médecine pour décloisonner certains enseignements et permettre aux étudiants d'acquérir et d'entraîner les bases du travail d'équipe.

Dans le cadre de trois modules interprofessionnels, dans lesquels s'inscrivent plusieurs modalités d'apprentissage, les étudiants en santé de dernière année bachelor et de 6^e année master pour les étudiants en médecine sont réunis pour une semaine de mises en situation/simulations interprofessionnelles au Centre interprofessionnel de simulation (CIS). Les étudiantes sages-femmes participent à plusieurs simulations communes avec des étudiant-e-s en médecine, des diététicien-ne-s et des infirmières ou infirmiers. Les thématiques abordées sont le diabète gestationnel, le choc anaphylactique, les convulsions néonatales et la gestion d'une erreur d'administration d'un médicament. Ces simulations sont animées par des tuteurs mixtes au niveau professionnel. Le choix s'est porté sur l'outil *TeamStepps* pour aborder les différents aspects du travail d'équipe, ce qui a été un choix partagé entre toutes les filières HEdS et la faculté de médecine, les tuteurs impliqués recevant une formation spécifique au concept.

La vision du futur

Le rapport Frenk (2010) publié dans le *Lancet* décrit l'évolution nécessaire de la formation des professionnels de la santé pour lui permettre de mieux répondre aux besoins d'un système de santé en mal d'efficacité, ainsi que pour une plus grande qualité des soins et sécurité des patients. Il relève qu'aujourd'hui les systèmes de formations initiales sont cloisonnés et que les professionnels du terrain sont formés aléatoirement au travail d'équipe. Ce système devrait évoluer vers une articulation cohérente entre les formations initiales et continues, dans lesquelles

les compétences de collaboration seraient initiées et entraînées, puis approfondies dans le continuum en formation continue et postgraduée. Et cela non seulement pour les situations d'urgence, mais également dans tous les secteurs de soins, pour une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de chacun et l'acquisition d'une culture interprofessionnelle commune pour le bien des patients.

Références

- ACOG (2009) Committee opinion n° 447: Patient safety in obstetrics and gynecology. «Obstetrics & Gynecology», 14(6):1424-7.
- CIHC (2010) Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Document sur site www.sage-femme.ch > Actualité
- Committee Quality Health Care in America (2001) Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC, National Academies Press.
- Frenk, J. (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. «Lancet», 376 (9756):1923-58.
- Jaffrelot M. et al. (2013) Simulation et gestion de crise. «Réanimation», 22(6): 569-576.
- Junod Perron, N. et al. (2014) Needs assessment for training in inter-professional skills in Swiss primary care: a Delphi study. «Journal of Interprofessional Care», 28(3): 273-275.
- KFH (2009) Annexe I – Projet Compétences finales professions de la santé HES. Document sur site www.sage-femme.ch > Actualité.
- Kohn, L. (2000) To err is human: An interview with the institute of medicine's Linda Kohn. Joint Commission of Quality and Safety Patient, 26:227-34.
- Lewis, G. (2007) The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Saving mothers' lives: Reviewing maternal death to make motherhood safer 2003-2005. The seventh report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.
- OFSP (2013) Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral. Document sur site www.bag.admin.ch > Santé 2020.
- OFSP (2016) Santé2020: rétrospective 2015, perspectives pour 2016 et la législature 2016-2019. Document sur site www.bag.admin.ch > Santé2020
- Riesenberg, L. A. et al. (2009) Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. American Journal of Medical Quality, 24(3)196-204.
- Sécurité des patients Suisse (s. d.) Un problème de santé publique – Des chiffres. Document sur site www.patientensicherheit.ch > Thèmes > Des chiffres.
- US Department of Health & Human Services et AHRQ (2014) TeamStepps 2.0: National Implantation. Document sur site www.teamstepps.ahrq.gov > For Professionals > Education & Training.