

INTRODUCTION



Les leçons de la sécurité aérienne

Dans les années 1970, le monde de l'aviation civile est bouleversé par deux accidents d'avion particulièrement meurtriers. Le traumatisme dans le monde de l'aéronautique est d'autant plus grand que les avions ne présentaient pas de panne mécanique pouvant expliquer de tels drames. Ces accidents sont dus à des facteurs humains.

La National Aeronautics and Space Administration (NASA) mène alors une étude sur les pilotes et propose des règles simples de gestion d'une crise dans un cockpit [1].

En 1993, David Gaba conseille de transposer les principes de gestion de crise de l'aviation dans un bloc opératoire. Les principes de l'*Anesthesia Crisis Resource Management* suivent point par point ceux de l'aviation [2, 3]. Les années suivantes, des études sont menées pour mesurer l'impact des erreurs humaines dans le soin.

En 1999, l'Institute of Medicine publie un rapport qui estime que les erreurs médicales sont responsables chaque année de 50 à 100 000 morts évitables aux États-Unis [4]. C'est une véritable prise de conscience.

Dès lors, beaucoup de fonds sont investis pour lutter contre l'erreur humaine. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) pointe un domaine particulièrement exposé : le périopératoire. Le programme « Safety Surgery » est confié à Atul Gawande. La solution qu'il propose en 2009 est à nouveau inspirée du monde de l'aviation : la check-list [5]. Sans pour autant proposer de nouveaux médicaments ou de nouvelles techniques, le nombre de décès est alors divisé par deux.

L'utilisation de la check-list et les principes du CRM reposent sur une bonne communication des soignants. Aussi, plusieurs études montrent que la communication est souvent au cœur des événements indésirables [6] et notamment au bloc opératoire [7].

En aviation, la communication est codifiée par un ensemble de règles nommé « phraséologie ». Ces règles sont élaborées et mises à jour par l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) [8]. Dans le domaine de la santé, hormis quelques outils très ciblés [9], il n'existe pas de telles règles générales. Il serait souhaitable de créer la « phraséologie médicale » qui regrouperait l'ensemble des règles claires, simples et précises qui régissent le langage oral autour du soin et qui devraient être partagées par tous.

Quelle place pour la phraséologie dans le soin ?



À l'université d'Aberdeen, en Écosse, des psychologues ont aussi remarqué que les connaissances théoriques, les compétences techniques ou les problèmes d'équipement sont rarement la cause des accidents et incidents lors des soins. Le plus souvent, les facteurs favorisant sont de l'ordre du fonctionnement de l'équipe, des défauts de conscience de la situation, de l'absence de vérifications. L'équipe d'Aberdeen a donc développé le concept de « compétences non techniques », dont les éléments sont très proches de ceux de la gestion de crise développés par la NASA et repris par David Gaba.

Autour du concept de compétences non techniques, ils ont construit des scores notamment pour les anesthésistes, les chirurgiens et les infirmiers de bloc opératoire.

Pour les anesthésistes, ce score est l'Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS). Cet outil fait désormais référence pour noter les compétences non techniques observées en situation de soin auprès des patients ou en simulation. Cet outil fournit une terminologie qui permet de donner un retour aux apprenants.

Les compétences non techniques y sont réparties en quatre grandes catégories, qui comprennent chacune de trois à six compétences.

En notant chaque compétence de 1 à 4, on obtient un score sur 60.

Score de l'Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS)

| | |
|----------------------------|--|
| Gestion des tâches | Planifier et préparer Prioriser Suivre les recommandations Identifier et utiliser les ressources |
| Travail d'équipe | Coordonner les activités avec les membres de l'équipe Échanger les informations User d'autorité et de confiance en soi Évaluer les capacités Soutenir les autres |
| Conscience de la situation | Recueillir des informations Reconnaître et comprendre Anticiper |
| Prise de décision | Identifier les options Balancer les risques et sélectionner les options Réévaluer |

On retrouve des dimensions de communication dans plusieurs de ces compétences, en premier lieu dans la catégorie travail d'équipe. La compétence « verbale » la plus évidente serait « échanger des informations ». Cependant, toutes les autres compétences du travail d'équipe reposent, tout ou partie, sur un vecteur verbal. La coordination d'activités se fera en parlant. L'usage d'autorité et d'affirmation également, notamment par le ton. Supporter les autres et évaluer leurs capacités repose également sur des échanges entre les différents membres de l'équipe, que cette communication soit verbale ou non.

La plupart des autres compétences non techniques ont également une dimension de « communication ». Par exemple, pour « identifier les options » (catégorie « prise de décision »), il est expliqué dans le manuel que les marqueurs de bon comportement sont la capacité à énoncer les différentes options et à les discuter avec d'autres anesthésistes si besoin. Dans la compétence « reconnaître et comprendre » (catégorie « conscience de la situation »), un marqueur de bon comportement est d'informer les membres de l'équipe du sérieux de la situation.

La plupart de ces règles sont donc des règles de communication. Elles indiquent « ce qui doit être dit », mais pas forcément « comment ça doit être dit ». La phraséologie répond à la question du comment.

À travers cet ouvrage sont proposées 26 règles simples, concrètes et applicables dans le soin au quotidien. Elles sont issues de :

- la transposition de règles de phraséologie aéronautique ;
- règles déjà existantes ;
- l'analyse de la littérature sur le sujet ;
- nos observations dans le soin ;
- nos observations des séances dans le laboratoire de simulation ;
- nombreux échanges avec des confrères, qui nous ont relaté leurs expériences.

Ces règles devront faire l'objet d'études approfondies pour prouver ou non leur efficacité.

Mais faut-il attendre pour autant les résultats d'études cliniques longues et difficiles pour appliquer quelques règles de bon sens déjà éprouvées dans d'autres contextes ? Ne peut-on pas déjà tirer des conclusions de cas cliniques vécus auprès des patients ou dans nos laboratoires de simulation pour apprendre à mieux communiquer ? D'autres milieux professionnels à risque ont déjà répondu à ces questions.

Les 26 règles que vous allez lire n'ont, pour la plupart, pas encore fait leur preuve par l'*evidence-based medicine*. Elles sont, dans ce sens, modifiables, adaptables. Leur objectif reste néanmoins de susciter une réflexion des soignants sur le « parler médical » et, par là, des modifications de pratiques éventuelles.