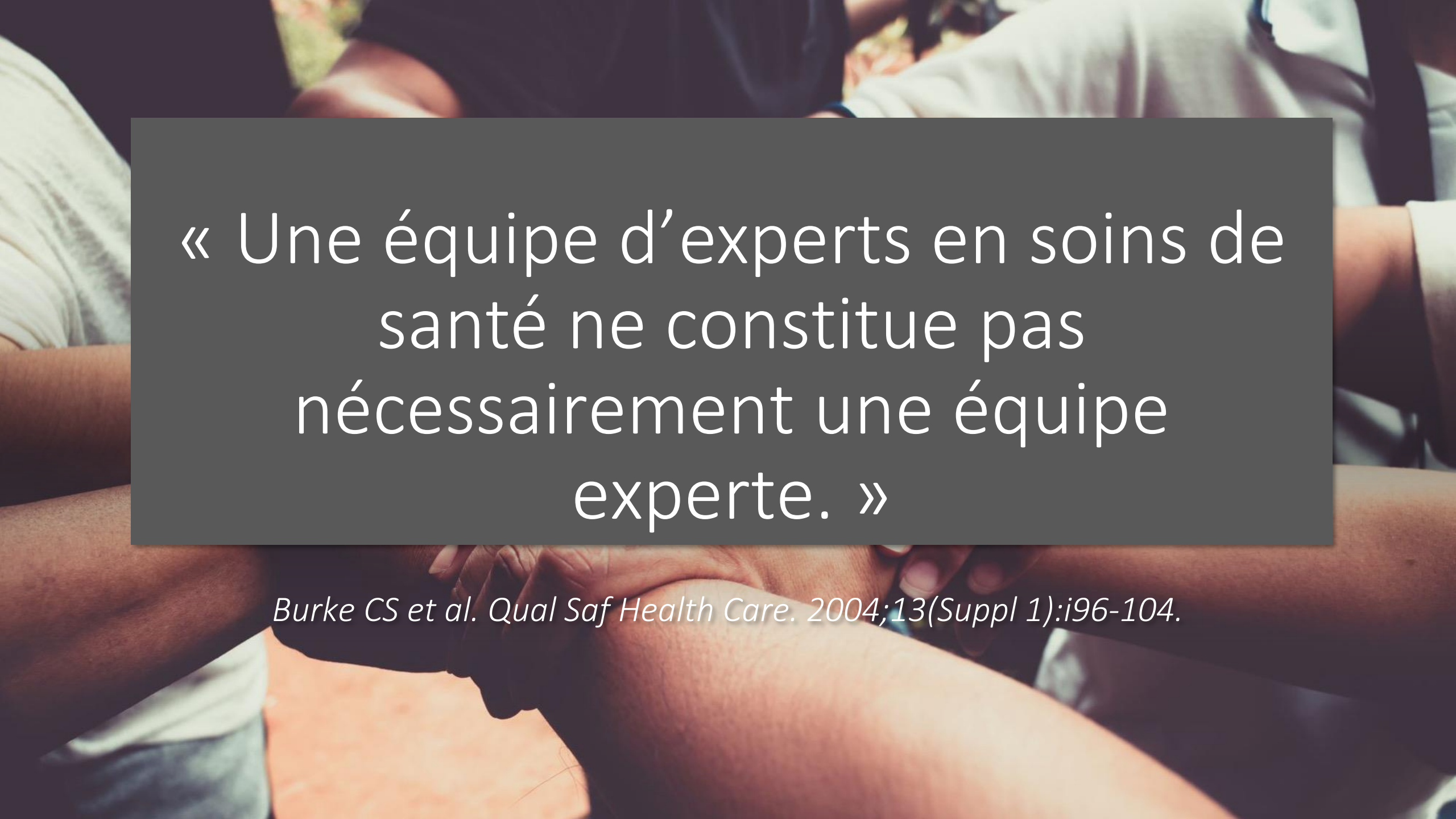


Simuler pour enseigner les compétences d'équipe.

Dr Fernande Lois
CHU de Liège, Belgique

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.



« Une équipe d'experts en soins de santé ne constitue pas nécessairement une équipe experte. »

Burke CS et al. Qual Saf Health Care. 2004;13(Suppl 1):i96-104.

Résultats mesurables d'un travail d'équipe efficace

Bénéfices individuels			
<i>Bénéfices organisationnels</i>	<i>Bénéfices pour l'équipe</i>	<i>Patients</i>	<i>Membres de l'équipe</i>
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

Compétences d'équipe



COMMUNIQUER



COLLABORER



COORDONNER



CONSCIENCE DE LA
SITUATION



Formation interprofessionnelle

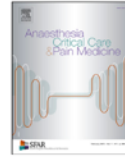
La formation interprofessionnelle , c'est quand des membres ou des étudiants de deux ou plusieurs professions associées aux soins de santé ou aux services sociaux s'engagent à apprendre les uns **avec** les autres, les uns **des** autres et les uns **sur** les autres.

Bridges DR et al. Medical Education Online 2011, 16: 6035



Simulation *in situ* :
Activité de simulation qui se déroule dans une unité de soins aux patients et implique les membres de l'équipe dans leur propre environnement de travail.

Sørensen JL et al. BMC Med Educ 2017;17(1):20.



Original Article

Impact of a large interprofessional simulation-based training course on communication, teamwork, and safety culture in the operating theatre: A mixed-methods interventional study



Julien Picard ^{a,b,*}, Jean-Noël Evain ^{a,b}, Charlène Douron ^a, Éloïse Maussion ^a, Xavier Stihle ^a, Pauline Manhes ^a, Pauline Romegoux ^a, Aline Baron ^a, Claire Chapuis ^{b,c}, Céline Vermorel ^{b,d}, Benjamin Garel ^e, Jean-Luc Faucheron ^f, Pierre Bouzat ^a, Jean-Luc Bosson ^{b,d}, Pierre Albaladejo ^{a,b}

46 970 épisodes de communication.

Le taux d'échecs de communication :

8117/28 303 (29%) avant la formation vs. 3868/18 667 (21%) après la formation; $P < 0.01$.

Scores de travail en équipe:

8.1 (7.2–8.7) avant la formation vs. 8.6 (8.0–9.2) après la formation; $P < 0.01$.

Respect de la check-list:

17% (0–35 %) avant la formation vs. 44% (26–57 %) après la formation; $P < 0.01$.

- Induction de l'anesthésie
- Emergence de l'anesthésie
- Etape 1 (préopératoire) de la check-list OMS
- Lors du compte final à la fin de la procédure chirurgicale
- Lors d'un événement intra opératoire relevant pour l'anesthésiste ou le chirurgien (ex. saignement, hypotension)
- Lors des changements entre collègues de la même spécialité
- Procédures/moments à haut-risque chirurgical (ex. insufflation de CO2, conversion en chirurgie ouverte, dissection à proximité de gros vaisseaux, déclampage...)
- Situations de *Crisis Resource Management*
- Préparation des médicaments et équipements
- Lors de l'administration de médicaments clés (ex. antibiotiques, héparine, bleu de méthylène)



Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system[†]

G. Fletcher¹, R. Flin^{1*}, P. McGeorge¹, R. Glavin², N. Maran² and R. Patey³

British Journal of Anaesthesia 2003;90 (5): 580-8

Development of a rating system for surgeons' non-technical skills

S YULE,¹ R FLIN,¹ S PATERSON-BROWN,² N MARAN³ & D ROWLEY⁴

Medical education 2006;40: 1098–1104



Overall Not
1. How would you rate teamwork during this delivery/emergency?

Communication Not
2. Overall Communication Rating:
3. Orient new members (SBAR)
4. Transparent thinking
5. Directed communication
6. Closed loop communication

Situational Awareness Not
7. Overall Situational Awareness Rating:
8. Resource allocation

9. Target fixation
Decision Making Not
10. Overall Decision Making Rating:
11. Prioritize

Role Responsibility (Leader/Helper) Not
12. Overall Role Responsibility (Leader/Helper) Rating:
13. Role clarity
14. Perform as a leader/helper

Other Not
15. Patient friendly

Additional Notes: _____

Category	Behavior	Observed and Good	Variation in Quality	Expected But not Observed	Comments
Coordination	Briefing				
	Verbalize plan				
	Verbalize expected timeframes				
	Debriefing				
Situational Awareness	Visually scan environment				
	Verbalize adjustments in plan as changes occur				
Cooperation	Request external resources if needed				
	Ask for help from team as needed				
	Verbally request team input				
	Cross Monitoring				
	Verbal assertion				
	Receptive to assertion and ideas				
Communication	Closed loop				
	SBAR				
	Verbal updates – think aloud				
	Use names				
	Communicate with patient				
	Appropriate tone of voice				

ATS)
n



If Crisis Situation Arises					
Category	Behavior	Observed and Good	Variation in Quality	Expected But Not Observed	Comments
Coordination	Establish event manager				
Cooperation	Escalation of asserted concern				
Communication	Critical language				

t Saf. 2007;33:549-58
3:217-223

Category Scores for Each Observation of Gastric Bypass Surgery

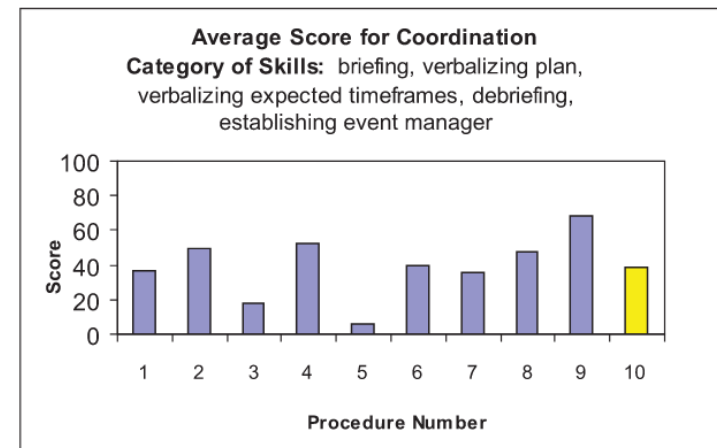
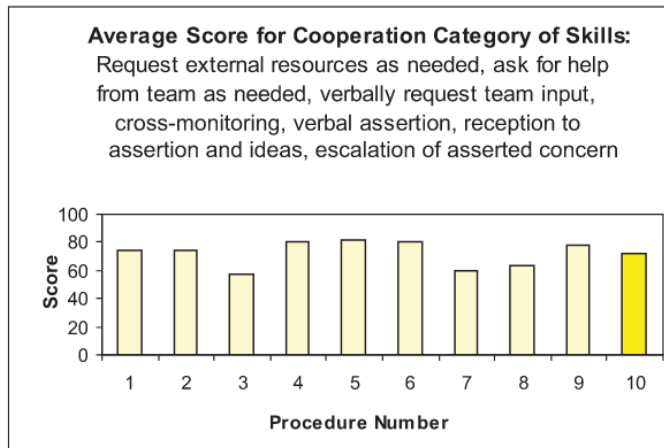
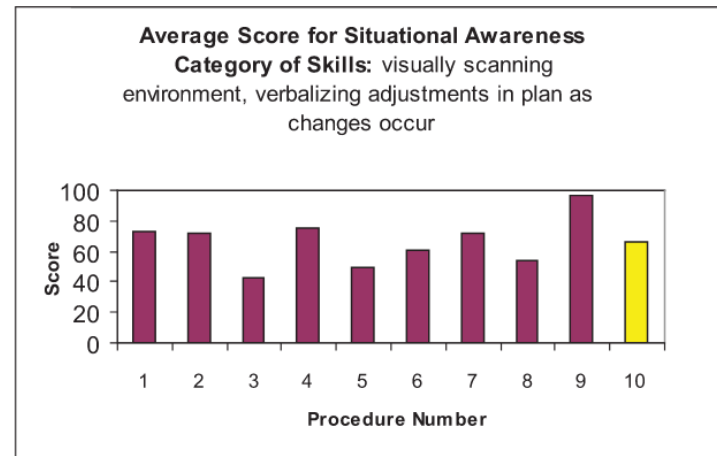
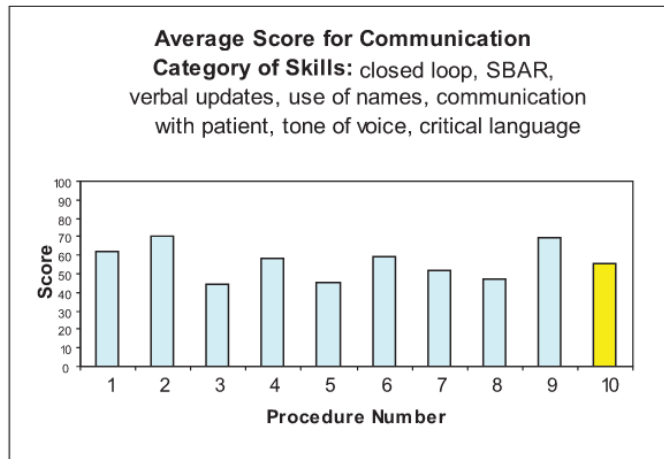


Figure 3. Behaviors comprising each category are listed. The bar on the far right (10) is an overall average of the nine observations. SBAR, situation-background-assessment-recommendation.

Éléments clés de la communication

- Utilisation des boucles fermées
- SBAR
- Mises à jour orales – Penser à haute voix
- Utiliser les noms
- Communiquer avec le patient
- Ton de voix approprié

Les boucles fermées de communication

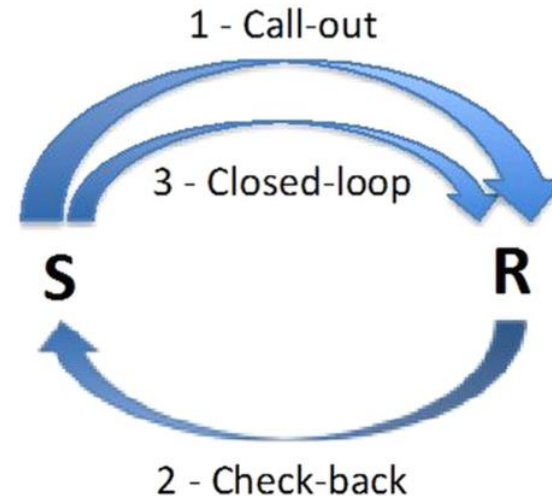


Figure 1 Description of closed-loop communication (CLC)
(1). The sender (S) transmits the message, call-out (CO); the receiver (R) acknowledges the message by check-back (2). The sender verifies that the message is interpreted correctly: CLC is obtained (3).

SBAR

S

Situation:

I am (name), a nurse on ward (X)
I am calling about (child X)
I am calling because I am concerned that...
(e.g. BP is low/high, pulse is XXX temperature is XX,
Early Warning Score is XX)

B

Background:

Child (X) was admitted on (XX date) with
(e.g. respiratory infection)
They have had (X operation/procedure/investigation)
Child (X)'s condition has changed in the last (XX mins)
Their last set of obs were (XXX)
The child's normal condition is...
(e.g. alert/drowsy/confused, pain free)

A

Assessment:

I think the problem is (XXX)
and I have...
(e.g. given O₂/analgesia, stopped the infusion)
OR
I am not sure what the problem is but child (X)
is deteriorating
OR
I don't know what's wrong but I am really worried

R

Recommendation:

I need you to...
Come to see the child in the next (XX mins)
AND
Is there anything I need to do in the meantime?
(e.g. stop the fluid/repeat the obs)

Ask receiver to repeat key information to ensure understanding

The SBAR tool originated from the US Navy and was adapted for use in healthcare by
Dr M Leonard and colleagues from Kaiser Permanente, Colorado, USA

If you require further copies quote SC043

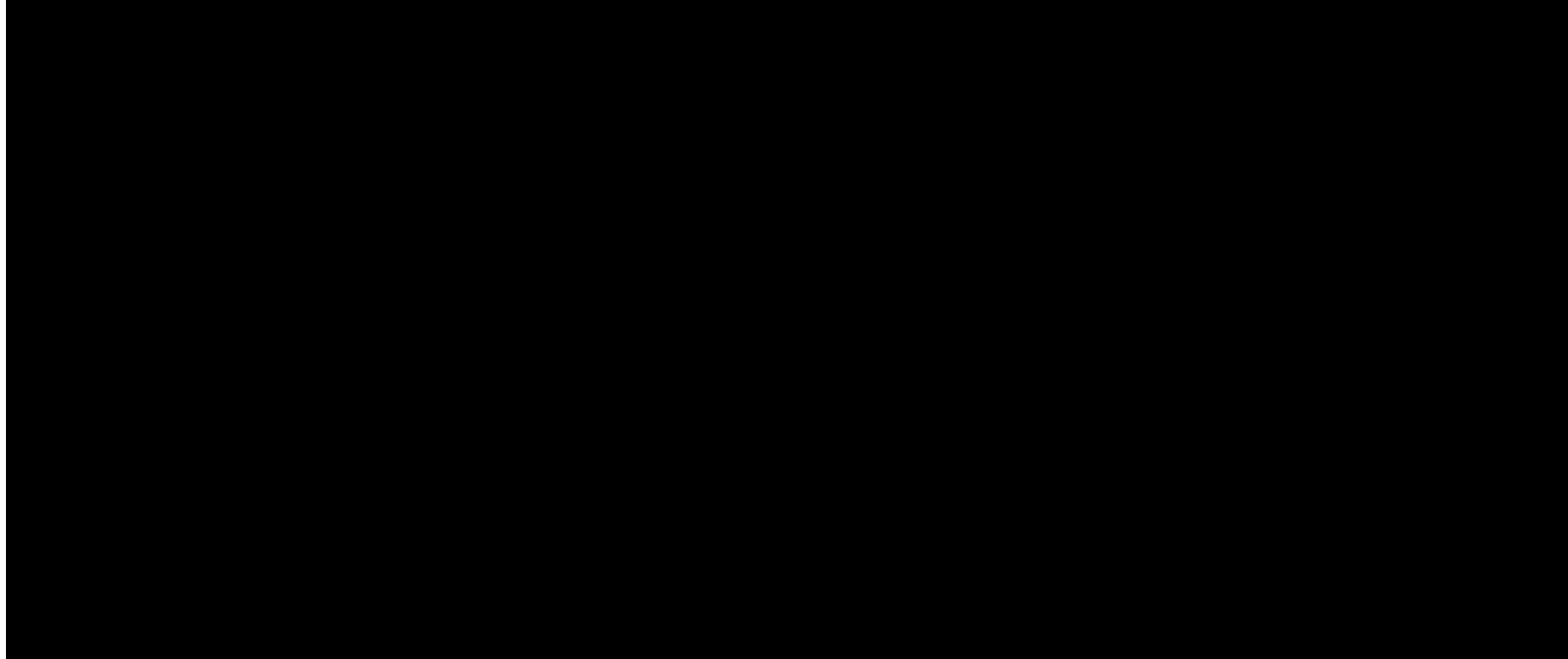
Table 1 The SNAPPI call-out acronym and supporting evidence

	Behaviour	Description and supporting evidence
S	Stop and get the attention of the team	Use the 'step-back method' to reassess; ¹⁵ declare an emergency; ¹⁹ declaring the emergency early is more effective ²⁰
N	Notify the team of the problem	Notify team members concisely of the problem; ¹⁹ talking to the room enhances diagnosis accuracy ²¹
A	Assessment—provide your assessment of the situation	Describe the situation, provide an assessment, where it is heading; ²² use 'transparent thinking'; ²³ re-assess and re-evaluate the situation; ¹⁹ high performing anaesthetic teams show more situation assessment; ²⁴ explicit reasoning enhances diagnosis accuracy ²¹
P	Plan—share your plan for treatment	Good teamwork involves planning the taskwork; ^{9 25} the leader's plan should be clearly articulated; ²⁶ distribute the workload ¹⁹
P	Prioritize—what order should tasks be done	Prioritizing treatment and explicit task distribution enhance teamwork ^{27 28}
I	Invite ideas from the team	Leaders should encourage others to speak up ²⁹ and exchange information; ²⁵ collaborative problem solving is effective; ⁹ relative to physicians, nurses report it is difficult to speak up ³⁰



Ceci n'est pas une pipe.

Ceci n'est pas une simulation.



Quelques secondes pour faire le diagnostic de trouble du rythme malin et pourtant ...

Pour conclure

- Les compétences d'équipe reposent sur 3 points principaux:
COMMUNICATION - COLLABORATION – COORDINATION
- Un travail d'équipe efficace permet d'augmenter la satisfaction au travail des membres de l'équipe.
- Il existe des échelles permettant d'évaluer les compétences d'équipe.
- La simulation (*in situ*) est un outil pédagogique permettant de développer les compétences d'équipe.
- La simulation permet de travailler entre autres la communication au sein de l'équipe (boucles fermées, SBAR, ...).



Question(s) ?

Fernande.lois@chuliege.be