



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA



Optimisation de la gestion des **ressources de crise** pour améliorer la sécurité des patients

*Manuel destiné à tous les professionnels
de la santé des milieux de soins aigus*

Peter G. Brindley, Pierre Cardinal
Rédacteurs

Éloge à l'optimisation de la gestion des ressources de crise pour améliorer la sécurité des patients et le rendement des équipes

« Ce ne sont ni les investigations, ni les médicaments, ni les interventions qui sauvent des vies en cas de crise... Ce sont des gens. Clair, concis, mais très exhaustif - un guide d'introduction complet pour les équipes cliniques qui souhaitent s'épanouir dans le chaos d'une urgence médicale. »

- Dr Chris Nickson, cocréateur de Lifeinthefastlane.com et de la conférence SMACC.

« Les concepts de cet ouvrage font maintenant partie des compétences que doivent posséder les équipes qui soignent des patients gravement malades. Ces concepts sauvent des vies. Cet ouvrage complet et bien rédigé constitue un programme de base. »

- Andrew Baker, MD, professeur et chef des soins intensifs à l'Hôpital St. Michael's et à l'Université de Toronto.

« Cet ouvrage apporte une valeur exceptionnelle. Il a été rédigé par des auteurs très respectés et il contient une foule de renseignements pratiques. Il permet aux lecteurs d'exercer leur cerveau accéléré tout en facilitant la communication et la gestion des tâches en situation de crise. »

- C. Martin, professeur et directeur, Division de médecine de soins intensifs, Université Western, Président sortant, Société canadienne de soins intensifs.
ICU World Congress, Vancouver 2021

« Cet ouvrage résume très bien les concepts clés des soins prodigués en équipe pour réanimer des patients gravement malades. Il s'agit d'une excellente ressource pour tous les stagiaires et les médecins qui exercent en soins intensifs. Bravo aux auteurs! »

- Derek C. Angus, professeur et directeur, Département de médecine de soins intensifs, Faculté de médecine, University of Pittsburgh, et UPMC Healthcare System

« Si vous prodiguez des soins en équipe, cet ouvrage est un incontournable. Les rédacteurs ont compilé des renseignements simples, essentiels et utilisables. »

- Scott D. Weingart, EMCrit.org

« Un sujet important et un ouvrage utile pour tous ceux qui exercent en médecine de soins aigus. »

- Professeur Simon Finfer, The George Institute et Royal North Hospital, Sydney

« Pour que la pratique soit optimale, il faut comprendre comment l'être humain interagit lorsque les procédés cognitifs sont mis à l'épreuve, que le temps est une contrainte et que le stress émotionnel entre en jeu. Ce livre est très pertinent pour tous ceux qui prennent soin de patients vulnérables. »

- Deborah J. Cook, MD, OC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada et professeure de médecine de soins intensifs, Université McMaster.

« De nos jours, nous communiquons davantage en tant qu'équipe, nous travaillons ensemble et nous nous attendons à un leadership clair et une grande réactivité. Il n'en a pas toujours été ainsi, et j'ai appris à la dure. Ce texte aidera de nombreuses personnes à trouver une approche

Optimisation de la gestion des ressources de crise pour améliorer la sécurité des patients et le rendement des équipes

Manuel destiné à tous les professionnels de la santé des milieux de soins aigus

1re. édition 15mai 2017

Rédacteurs

Peter G. Brindley MD, FRCPC, FRCP (Edin), FRCP (Lond)

Pierre Cardinal MD, FRCPC, MScEpi

Produit par l'Unité de la pratique, de la performance et de l'innovation du
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Mentions



CANADIAN CRITICAL CARE SOCIETY
THE VOICE OF CRITICAL CARE



CANADIAN
ASSOCIATION OF
CRITICAL
CARE
NURSES

© Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2017.

Tous droits réservés.

Le présent document peut être reproduit en tout ou en partie à des fins éducatives, personnelles ou publiques non commerciales seulement. Une autorisation écrite du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est exigée pour tout autre usage.

Déni de responsabilité

Le contenu de ce produit éducatif, notamment le texte, les images, les fichiers audio et autres supports, est fourni à titre informatif seulement. Les renseignements transmis ne sauraient en aucun cas servir de substitut à une consultation auprès d'un professionnel de la santé, un diagnostic, un traitement ou des soins. Consultez toujours un professionnel de la santé qualifié si vous avez des questions concernant une situation médicale, un médicament ou une intervention que décrit ce produit éducatif. Vous ne devez jamais tarder à consulter un professionnel de la santé ni ignorer ses conseils en raison de renseignements figurant dans ce guide.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ne recommande ni ne cautionne aucun test, produit, intervention, opinion ou autre information dont il pourrait être fait mention dans ce produit éducatif ou le contenu Web auquel il est lié. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et les auteurs ne sont en aucun cas responsables de dommages qui découleraient de l'utilisation, du mésusage, de l'interprétation ou de la mise en pratique des renseignements figurant dans ce produit éducatif.

L'utilisation des renseignements présentés dans ce produit éducatif ou le contenu Web auquel il est lié est entièrement à vos risques

ISBN: 978-1-926588-43-8

Remerciements

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada remercie l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs et la Société canadienne de soins intensifs pour l'avoir appuyé dans la réalisation de ce projet de publication en lui proposant des auteurs et des pairs examinateurs.

Les auteurs et rédacteurs souhaitent remercier publiquement et chaleureusement leurs conjoints, enfants et petits-enfants. C'est grâce à eux si ce projet a pu voir le jour; sans leur patience et leur bienveillance, rien de tout cela n'aurait de sens.

Table des matières

La conscience et l'attention en médecine de soins aigus	1
La prise de décisions en médecine de soins aigus	15
La communication verbale en médecine de soins aigus	27
La gestion des tâches en médecine de soins aigus	41
Le leadership et l'esprit de subordination en médecine de soins aigus	53
Le travail d'équipe en médecine de soins aigus	65

Collaborateurs

Auteurs

Peter G. Brindley MD, FRCPC, FRCP (Edin), FRCP (Lond)

Divulgateion : Rien à divulguer.

Pierre Cardinal MD, FRCPC, MScEpi

Divulgateion : Rien à divulguer.

Michael D. Christian MD, MSc Public Health, FRCPC

Divulgateion : Rien à divulguer.

Sayra Cristancho Ph.D. Mech. Eng.

Divulgateion : Rien à divulguer.

Lawrence M. Gillman MD, MMedEd, FRCSC, FACS

Divulgateion : Rien à divulguer.

Christopher Hicks MD, FRCPC, MEd

Divulgateion : Rien à divulguer.

Daniel Howes MD, FRCPC

Divulgateion : Rien à divulguer.

Neil Jeffers

Divulgateion : Rien à divulguer.

Lorelei Lingard Ph.D. Eng. Rhetoric

Divulgateion : Rien à divulguer.

Amanda Lucas BN, MN (candidate)

Divulgateion : Rien à divulguer.

Jordan Schoenherr Ph.D. Psych.

Divulgateion : Rien à divulguer.

Adam Szulewski MD, FRCPC, MHPE

Divulgateion : Rien à divulguer.

Sabira Valiani MD, FRCPC

Divulgateion : Rien à divulguer.

Jeroen J.G. van Merriënboer

Ph.D. Edu. Sci.

Divulgateion : Rien à divulguer.

Réviseurs

Shellie Anderson MN

Divulgateion : Rien à divulguer.

Martin Beed MD, FRCA, FFICM, DM

Divulgateion : Rien à divulguer.

John Kim MD, FRCPC

Divulgateion : Rien à divulguer.

Allan McDougall Ph.D. HPE

Divulgateion : Rien à divulguer.

David Ouellette MD, FRCPC, ABEM

Divulgateion : Rien à divulguer.

Dominique Piquette MD, FRCPC,

M.Ed., Ph.D. Med. Sci.

Divulgateion : Rien à divulguer.

Eduardo Salas Ph.D. Psych.

Divulgateion : Rien à divulguer.

Aimee Sarti MD, FRCPC

Divulgateion : Rien à divulguer.

Adam Szulewski MD, FRCPC, MHPE

Divulgateion : Rien à divulguer.

Suzanne Larochelle RN, BScN, MEd



*Cette photo, prise après 90 minutes de manœuvres de réanimation complexes réalisées par une équipe de soins, vise à amorcer une réflexion. Malgré l'aspect chaotique de cette scène, le patient a survécu, et **UNIQUEMENT** parce qu'un travail d'équipe formidable a été secondé par un équipement et une formation à la hauteur. Cette réanimation nécessitait la maîtrise de tous les aspects abordés dans ce livre, notamment la conscience et l'attention, la prise de décisions, la communication, la gestion des tâches, le leadership et l'esprit de subordination, ainsi que le travail d'équipe. Le patient est vivant et l'équipe est restée solide, en grande partie grâce à l'optimisation de la gestion des ressources de crise.*

Avant-propos

LORSQUE J'ÉTAIS RÉSIDENTE EN NEUROCHIRURGIE, un événement indésirable avait causé la mort d'un enfant dans un hôpital voisin. Cet événement est resté gravé dans ma mémoire et m'a guidée tout au long de ma carrière. Il a en outre servi de catalyseur et contribué à définir le domaine émergent de la sécurité des patients et des systèmes au Canada.

Autrefois, lorsque des erreurs se produisaient, nous avions le réflexe de chercher qui devait en être blâmé. Notre attitude était en partie liée au fait que nous ne comprenions pas la science ou le langage de l'erreur humaine en médecine. Elle s'expliquait aussi par le fait que notre formation préparait rarement les individus et les équipes à veiller au maintien de la sécurité des patients. Heureusement, une transition passionnante (et stimulante) est en cours dans le domaine de la formation, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est fier de contribuer à baliser la voie.

L'approche par compétences en formation médicale intègre sciemment les compétences en matière de sécurité. Dans le langage de tous les jours, cela signifie qu'il est désormais explicitement exigé de la part des stagiaires en médecine du Canada de faire preuve de sollicitude et d'engagement envers leurs patients et leurs collègues.

Ce livre, centré sur la gestion des ressources de crise et sur les facteurs humains, s'inscrit dans cette initiative. Le défi consiste à prendre ces concepts, qui sont généralement empruntés à d'autres secteurs, et à les transmettre à l'équipe de soins de santé sous la forme d'actions concrètes. Les rédacteurs y parviennent au fil d'une série de chapitres qui abondent en thèmes tels que l'attention, la prise de décisions et l'esprit de subordination.

Si vous avez eu le plaisir d'être l'élève du Dr Peter Brindley ou du Dr Pierre Cardinal, alors vous comprenez pourquoi ce livre m'enthousiasme autant. Ces deux éducateurs cliniciens canadiens, en collaboration avec de nombreux experts des sciences cliniques et du comportement, ont produit un ouvrage captivant, succinct et pratique. L'objectif est d'approfondir la portée de notre rôle en tant que membres d'une équipe et d'accroître notre résilience dans l'intérêt de nos patients.

Lisez ce livre, puis discutez-en avec vos équipes, comme on partage un bon repas.

Dr. Susan Brien MD FRCSC M.Ed. CPE

Directrice, Innovation de la pratique et des systèmes

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

L'OBJECTIF PREMIER de ce livre est simple, mais néanmoins essentiel : améliorer la sécurité des patients. Plus précisément, il vise à améliorer le rendement des professionnels de la santé en situation de crise médicale et à faire en sorte qu'ils soient et demeurent résilients. Il est destiné à tous les cliniciens des milieux de soins aigus, ruraux ou urbains, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, stagiaires ou professionnels chevronnés, médecins ou infirmières et infirmiers. En outre, il renferme à la fois des bases théoriques et des idées pratiques. Si ce livre est délibérément modeste en taille, il est – tout aussi délibérément – ambitieux dans son intention.

Nous sommes ravis de mettre cette ressource à votre disposition, offerte en format papier ou numérique, à lire d'un seul trait ou par chapitre. Comme nous sommes des cliniciens et des universitaires, nous savons que vous êtes très occupé et que d'autres ressources et distractions se font sans cesse concurrence pour que vous leur consacriez de votre temps. Nous n'avons donc ménagé aucun effort pour produire un manuel à la fois pratique et captivant, actuel, portable, unique et rédigé par une équipe d'experts multidisciplinaire.

De toute évidence, le rappel des connaissances factuelles compte toujours, tout comme les techniques d'intervention. Cependant, un nombre croissant de données probantes indiquent que les compétences non techniques pèsent tout aussi lourd dans la balance. Cela signifie que la prestation de soins optimaux nécessite l'application réfléchie d'une foule de compétences, dont beaucoup n'étaient pas abordées traditionnellement. Cet ouvrage met l'accent sur les compétences non techniques. Nous avons divisé son contenu en six chapitres, chacun s'articulant autour des piliers de la gestion des ressources de crise (GRC). Nous devons aux pionniers de la GRC notre gratitude indéfectible. Cependant, la connaissance n'est jamais statique, et beaucoup de choses ont évolué. Nous devons cette évolution aux chercheurs, aux enseignants et aux cliniciens de première ligne qui n'ont cessé de perfectionner et d'étendre les principes de la GRC. En conséquence, ce livre aborde à la fois les principes de base et d'autres principes avancés de la GRC, mais il est aussi sous-tendu par le désir de susciter davantage de réflexions, d'échanges et de découvertes. Après tout, les cliniciens doivent rester ouverts à toutes les idées pertinentes, peu importe leur source. De plus, aucune personne ni aucune profession ne détient toutes les réponses. Par leur nature même, les soins aigus requièrent régulièrement des praticiens qu'ils aillent de l'avant, en dépit de renseignements limités, de priorités contradictoires, de l'influence du stress et d'incertitudes (potentiellement) paralysantes. Le rendement d'un individu et d'une équipe est simplement trop lourd de conséquences, trop important et trop complexe pour être laissé au hasard. Heureusement, les idées pratiques peuvent être facilement appliquées à notre réalité clinique. Bien que les soins aigus doivent être individualisés, il existe aussi des feuilles de route cognitives communes. Indépendamment de la physiopathologie, les indices doivent être relevés, les décisions doivent être prises, les priorités doivent être transmises, les tâches doivent être gérées, les leaders doivent mener, et les subordonnés doivent les assister.

Chacun de ces éléments de compétences est abordé dans un chapitre qui lui est propre. Nous concluons par une discussion sur la façon de rendre possible le travail d'équipe nécessaire à la survie des patients, dans des circonstances où, autrement, ce pourrait être le chaos. Mon bon ami, le Dr Pierre Cardinal, vous présentera de façon succincte le contenu spécifique des différents chapitres, tout de suite après moi.

La médecine de soins aigus requiert la maîtrise de l'art et de la science, ainsi qu'un programme « adapté à la tâche ». Cela s'explique par le fait que nous avons besoin de praticiens qui peuvent exceller, même lorsqu'ils sont bousculés par le temps, tirillés par l'incertitude et limités par les ressources. Cela signifie que nous devons renforcer nos compétences essentielles en y intégrant la formation sur la GRC et sur les facteurs humains. Le défi, nuancé et fascinant, repose sur la formation de professionnels et d'équipes à la fois solides et souples, prévisibles et personnalisés, rapides et ordonnés. C'est la lourde tâche, mais combien enrichissante, que se propose d'accomplir cet ouvrage. Les auteurs aimeraient exprimer leur reconnaissance pour cette occasion qui leur est offerte de protéger patients et collègues estimés.

Peter Brindley MD FRCPC
Université de l'Alberta, Canada

FAIRE CE QU'IL FAUT au bon moment requiert une bonne maîtrise de la prise de décisions, de la communication et de la gestion d'équipe en situation dynamique. Une multitude de tâches doivent être priorisées et coordonnées de façon à maintenir le patient en vie jusqu'à ce l'on dispose de renseignements suffisants pour établir un diagnostic et amorcer un traitement définitif. Les équipes médicales doivent aussi comprendre que des conséquences potentiellement désastreuses peuvent découler de leurs actions (ou leur inaction). En outre, en situation de crise, il est possible que les ressources perceptuelles et cognitives de chaque membre de l'équipe deviennent saturées, en particulier en présence de situations inhabituelles ou de ressources inadéquates. Le stress est une arme à deux tranchants; il peut parfois aiguïser la vigilance et la concentration, mais il peut parfois aussi ralentir les pensées et les actions.

Le travail en équipe signifie non seulement plus de mains, mais aussi plus d'yeux, d'oreilles et de matière grise. En outre, la formation au travail en équipe peut se traduire par une augmentation du rendement au chevet des patients, une amélioration de la prise de décisions et une réduction des erreurs médicales. Fait intéressant, cette formation peut vraisemblablement améliorer les compétences liées au travail d'équipe (par l'exercice de compétences associées, comme la mise sur pied d'une séance de débriefage) et le rendement des tâches cliniques (par l'exécution de tâches associées, comme l'administration à temps d'un médicament). De plus, un rendement accru peut se traduire par des résultats améliorés, tant pour l'organisation (climat de sécurité, durée des sé-

jours, etc.) que pour les patients (p. ex., satisfaction et survie des patients).

Le travail d'équipe ne se résume pas à « citer les noms » ou à « boucler la boucle ». Des études ont révélé que les équipes qui ont un rendement supérieur optent pour des modèles de communication, de coordination et de leadership plus sophistiqués et qu'elles ont une plus grande faculté de s'adapter au travail en équipe. Pour les équipes de soins aigus, le défi consiste à déterminer le modèle de leadership et d'esprit de subordination à privilégier, la méthode de coordination optimale, le style de communication le mieux adapté ou le cadre le plus favorable à la prise de décisions. Deux mots résumant avec à-propos les chapitres décrits ci-dessous : « Cela dépend. » Dans chaque chapitre, les auteurs présentent différentes options décrivant non seulement la meilleure façon d'appliquer les principes de la gestion des ressources de crise (GRC), mais aussi dans quelles circonstances les appliquer.

Le premier chapitre passe en revue les fondements théoriques et pratiques de l'attention et de la conscience situationnelle. Il décrit comment la conscience situationnelle contribue à éclairer une situation, attire l'attention sur les indices les plus pertinents et permet aux cliniciens de faire des prévisions. Il traite aussi de la façon dont la conscience situationnelle peut varier selon l'expérience, les attentes, l'expertise, les distractions, le niveau de stress et les préjugés de chacun. Des explications sont aussi données aux cliniciens (et aux équipes) sur différentes façons d'exploiter au mieux leurs ressources d'attention limitées. Le deuxième chapitre vise à accroître la compréhension des réflexes décisionnels et de leurs répercussions sur la GRC dans la pratique clinique quotidienne. Il fournit des explications sur deux modèles importants, à savoir, le modèle de décision fondée sur la reconnaissance (« Recognition-primed Decision ou RPD) et le modèle de pensée à deux vitesses (« Dual Process Model »), et explore l'incidence de l'expertise et de la charge cognitive sur la prise de décisions cliniques.

Le troisième chapitre vise à faire connaître des stratégies pratiques de communication et à approfondir notre compréhension de la communication au-delà des modèles qui ont dominé jusqu'à présent. Quatre approches pertinentes de la communication (approches mécaniste, rhétorique, systémique et sociomatérielle) sont présentées, de même que les avantages et les contraintes propres à chacune. Des exemples et des conseils sont également fournis. Le quatrième chapitre décrit la façon dont les équipes gèrent les ressources et coordonnent les tâches. Nous y examinons comment les tâches sont utilisées, soit pour recueillir des renseignements (afin d'accroître la compréhension), soit pour améliorer la coordination de l'équipe (établissement des priorités, répartition, délégation et mobilisation des ressources). Les théories qui influencent la gestion des tâches sont aussi revisitées. D'autres notions, comme le modèle mental commun, le recours à la coordination implicite ou explicite et l'acquisition de connaissances interpersonnelles sont également abordées.

Le cinquième chapitre est centré sur le leadership et l'esprit de subordination. Il traite de différents styles de leadership et d'esprit de subordination, tout en soulignant

que le style à privilégier doit être déterminé en tenant compte des besoins du patient, de la situation clinique et des personnes qui doivent résoudre les problèmes (l'équipe clinique). Le sixième et dernier chapitre porte sur le travail d'équipe et la cognition partagée. Les auteurs y abordent les avantages que procure la maîtrise des compétences en GRC sur le plan de l'amélioration du travail d'équipe, mais nous mettent en garde contre le fait que tout travail d'équipe n'est pas foncièrement bon : « Non seulement nous avons besoin de travailler plus souvent en équipe, nous devons aussi le faire mieux. »

Nous avons largement dépassé le modèle universel. Ce faisant, les compétences en GRC sont présentées dans leurs moindres subtilités. Ce choix s'explique par le fait que, dans certaines conditions, une compétence en GRC (ou compétence de type GRC) pourrait être très avantageuse et entraîner à la fois un rendement accru et des résultats améliorés. En revanche, dans des circonstances différentes, cette même compétence pourrait avoir des conséquences désastreuses. Cela dépend!

Pierre Cardinal MD FRCPC
Université d'Ottawa, Canada



La conscience et l'attention en médecine de soins aigus

Auteurs : Peter G. Brindley, Jordan R. Schoenherr, Daniel Howes
Réviseurs : Aimee Sarti, Martin Beed



« Des faits! Il me faut des faits à l'appui. On ne peut fabriquer de briques quand on n'a pas de terre à sa disposition. »

*Sherlock Holmes,
dans Les aventures de
Sherlock Holmes
Les hêtres d'or*

Introduction

Lorsqu'il est question de la science et de la pratique de la médecine de soins aigus, certains termes comme « attention » et « conscience » ne devraient jamais être considérés comme de simples mots à la mode. Ces termes désignent plutôt des compétences pratiques indispensables que doit posséder tout praticien compétent. Et pour comprendre la science qui sous-tend ces compétences, il faut creuser plus loin et se pencher sur les composantes psychologiques qui expliquent comment l'humain détecte les menaces, gère les distractions et demeure vigilant. Comme c'est le cas pour la plupart des aspects touchant la gestion de crise, ces compétences sont rarement innées. Il faut plutôt avoir de l'humilité pour les accepter, de l'expérience pour les maîtriser et de la discipline pour les conserver. Les efforts déployés en ce sens en valent la peine, puisque l'attention et la conscience jouent un rôle essentiel dans le jugement clinique, la prise de décisions médicales et l'efficacité des mesures de réanimation. En l'absence de compétences de base (et de connaissances fondamentales) en la matière, les risques pour le patient augmentent et les probabilités de survie diminuent¹. Ces compétences complexes ne sont pas toujours faciles à quantifier, mais elles peuvent être d'une importance vitale, au sens propre du terme.

L'attention étant une ressource précieuse, il faut l'utiliser judicieusement. À cet égard, nous devons reconnaître que la médecine de soins aigus exige habituellement un partage, une concentration ou un transfert de l'attention en réponse à différents stimuli, ce qui est à la fois une bonne et une mauvaise chose². Par exemple, il est possible de consacrer suffisamment d'attention à un élément d'information crucial, mais on prend ainsi le risque de commettre une erreur de fixation. À l'inverse, lorsqu'on transfère notre attention entre les stimuli appropriés, on risque de subir une surcharge cognitive. Comme on le verra plus loin, les praticiens (et les équipes de soins) efficaces s'assurent d'être à la fois capables de concentrer leur attention et d'avoir une vue d'ensemble.

Les professionnels de la santé sont aussi appelés à partager et à rediriger leur attention entre le patient et les membres de l'équipe, ou entre l'observation directe (au chevet du patient, à l'aide des signes vitaux) et l'interrogation indirecte (au moyen des résultats d'analyse sanguine ou d'examens radiologiques du patient). Compte tenu de son importance, nous devons maintenir la capacité d'attention en faisant preuve de vigilance³ afin de ne pas l'épuiser (diminution de vigilance)⁴. En soins aigus, les poussées d'adrénaline nous aident quelque peu à maintenir un niveau d'attention élevé et à rester vigilants. Toutefois, même chez les praticiens les plus résilients, la nécessité de gérer plus d'un cas complexe et de travailler au sein d'équipes qui changent constamment peut représenter un défi.

Les processus cognitifs alternent entre la pensée analytique (qui nécessite une attention délibérée) et la pensée intuitive (qui entraîne une réponse automatique fondée sur l'expérience). Avoir déjà fait l'expérience d'une situation augmente la probabilité de mécanismes cognitifs automatiques en raison des similitudes avec la situation précédemment vécue. L'expert peut ainsi cerner les éléments d'information, en faire la synthèse et prédire la suite des choses sans se soumettre à un processus de raisonnement laborieux. Il doit également être en mesure de non seulement concentrer son attention rapidement, mais aussi de la réorienter promptement, même en l'absence d'une prise de conscience. Or, le danger peut être de voir des constantes là où il n'y en a pas et d'omettre de confirmer nos hypothèses. Si l'on ignore comment nous sommes arrivés à une conclusion, il est vraisemblablement plus difficile d'apprendre aux autres comment gagner de l'expertise.

Les praticiens en début de carrière font le plus souvent concorder des éléments de solution ou alternent entre différentes possibilités. En conséquence, ils doivent mettre en pratique une attention et une conscience de soi soutenues, sans quoi ils risquent de reconnaître seulement certains aspects d'une situation^{5,6}. Cette approche exigeante sur le plan des ressources peut entraîner des retards dangereux, une application difficile à prévoir et de l'épuisement. À l'inverse, l'automatisme fait en sorte que les experts devraient être en mesure d'accroître leur concentration, de rediriger plus rapidement leur attention, de diminuer le temps de réponse et de réduire la variabilité. Par contre, si l'expert ne déploie pas d'efforts supplémentaires, il risque de ne pas ralentir pour faire participer les autres.

Le présent chapitre passe en revue les fondements théoriques et pratiques de l'atten-

tion et de la conscience de la situation. Il traite aussi de la façon dont la conscience de la situation peut changer en fonction de notre expérience, de nos attentes, des distractions, du stress et des biais⁷⁻¹². L'objectif est que les cliniciens (et les équipes de soins) exploitent mieux leurs ressources d'attention limitées pour les patients à risque. Ces réflexions devraient ainsi nous aider à mieux définir l'expertise et la compétence en fonction de la capacité d'un praticien (et d'une équipe) à jongler avec les nombreuses difficultés propres à la médecine de soins aigus. Nos patients ont besoin de praticiens qui sont en mesure d'intervenir rapidement et de façon appropriée, tout en demeurant alertes aux indices, et sans non plus devenir débordés ou fixés sur un élément.

Conscience de la situation

La conscience est étroitement liée à l'attention. Dans un milieu de soins, certains éléments peuvent sembler ressortir et dominer par rapport à d'autres indices cliniques. C'est le cas par exemple quand on trouve que « quelque chose cloche » chez le patient ou lorsque le taux de lactate est élevé même si le patient ne semble pas encore en état de détresse. D'un point de vue théorique, ce phénomène illustre le fait que l'attention est guidée par nos attentes actuelles et nos expériences passées. Comme nous l'avons mentionné, l'établissement des priorités est souvent automatique – il peut se produire sans qu'on en ait conscience¹³.

L'utilisation efficace de la conscience nécessite une « métacognition », soit une compréhension de notre façon de penser et de son influence sur nos actions. Plus précisément, nous devons pouvoir surveiller et contrôler en temps réel quels renseignements nous utilisons pour effectuer une tâche et quelles facultés mentales sont mises à contribution ou non. Pendant une urgence médicale, nous sommes enclins à nous fier à l'information qui vient immédiatement à l'esprit^{5,6}. Par conséquent, les expériences que nous avons en banque ont une importance capitale, ce qui fait pendant à l'hypothèse selon laquelle on s'en remet souvent à la familiarité et la formation plutôt que de se montrer à la hauteur des circonstances¹⁴. La métacognition aide aussi à considérer « l'expert » comme quelqu'un qui possède suffisamment d'expérience pour reconnaître les aspects critiques. Cela dit, l'expert conjugue son expérience et sa dextérité pour faire la transition entre les interventions rapides et de routine, et pour mettre en œuvre un raisonnement qui est à la fois analytique et personnalisé^{15,16}.

Chez un professionnel de la santé, la conscience dépend de la mesure dans laquelle les aspects de la situation sont reconnus. En médecine, on parle expressément de conscience de la situation. Endsley⁷ a proposé un modèle à trois étapes fondé sur la manière dont l'information est traitée. Plus précisément, la conscience de la situation se définirait par : 1) notre capacité à distinguer les indices pertinents, 2) la façon dont nous arrivons à faire la synthèse de ces indices en fonction de connaissances acquises antérieurement et 3) la mesure dans laquelle nous pouvons prédire la suite des choses. Chacun de ces niveaux de conscience nécessite l'information recueillie au cours du niveau précédent. En plus de nous aider à comprendre comment nos apprenants et

Tableau 1 : Les trois niveaux de conscience de la situation

Niveau	Avantages	Risques
Premier: perception		
Attention exploratrice	<ul style="list-style-type: none"> • Sonde de nombreux stimuli • Évite la fixation sur un stimulus 	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de stimuli • Priorités non établies
Attention ciblée	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'établir les priorités • Élimine les indices « non importants » 	<ul style="list-style-type: none"> • Erreurs de fixation • Passer à côté d'indices « importants »
Deuxième: synthèse		
Modélisation cognitive	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de reconnaître les constantes (heuristique) • Réduit la charge de travail • Réponse prévisible 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir des constantes là où il n'y en a pas • Conclusion prématurée/biais de confirmation • Résistance à l'égard des idées nouvelles
Troisième: projection		
Anticipation	<ul style="list-style-type: none"> • Prédire de futurs événements 	<ul style="list-style-type: none"> • Suppositions erronées
Mise en commun	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources accrues (cognitives/physiques) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination de l'équipe nécessaire

nous-mêmes prenons des décisions contextuelles, l'analyse des éléments qui caractérise la conscience de la situation nous permet de déterminer quels sont les modes de pensée qui rendent les erreurs plus probables ou moins probables.

Premier niveau de conscience de la situation : reconnaissance des indices

Le premier niveau de conscience de la situation (tableau 1) requiert la détection et l'identification des indices diagnostiques pertinents⁷. Ces indices constituent les éléments de base qui mènent à une compréhension (p. ex., la présence d'une douleur thoracique, d'une élévation du segment ST et de dyspnée sont des indices de base qui évoquent la possibilité d'un diagnostic d'ischémie myocardique). Par contre, plus de données ne signifie pas nécessairement plus d'information utilisable. Dans toute situation, certains éléments sont pertinents (information) et d'autres peuvent ne pas l'être (bruit).

La détermination de l'expertise ou de la compétence comprend l'évaluation du moment où le praticien sait quels sont les indices les plus importants et quels indices peuvent être relativement laissés de côté. Comme il a été expliqué plus haut, c'est aussi la façon dont les expériences antérieures permettent de concentrer rapidement son attention sur les éléments pertinents, ce qui devrait en retour favoriser la prise de décisions efficace¹⁴. Bien qu'il soit difficile d'enseigner la conscience de la situation, nous pouvons façonner l'apprentissage et les interventions des stagiaires en dirigeant leur attention vers les indices les plus pertinents (c.-à-d. les signes ou les symptômes majeurs). Si on revient à l'exemple précédent, pour lequel la douleur thoracique était un indice, une douleur irradiant dans le cou ou le bras aurait préséance sur une douleur ressentie seulement après un mouvement ou une respiration.

Cependant, cette approche présente un inconvénient important. En effet, se fier seulement aux indices de grande valeur peut entraîner une cécité attentionnelle et des erreurs de fixation (lorsque certains indices monopolisent l'attention au détriment d'autres indices). D'un point de vue clinique, cela signifie que d'autres indices pertinents peuvent être négligés (p. ex., un symptôme qui ne correspond pas à la description classique), causant ainsi l'établissement d'un mauvais diagnostic^{17,18}. Autrement dit, en regardant seulement d'un côté, on peut facilement manquer ce qui se passe de l'autre.

Une démonstration classique de la cécité attentionnelle a été présentée par Chabris et Simons¹⁹. Au cours de cette étude, on a demandé aux participants d'observer une vidéo dans laquelle des joueurs de basketball portant des maillots blancs ou noirs se passent le ballon. Les participants devaient compter le nombre de passes faites par l'équipe portant un maillot blanc. Concentrant toute leur attention sur les joueurs de basketball, la plupart des participants n'ont pas remarqué qu'un acteur déguisé en gorille avait traversé l'écran pendant six secondes. Plus récemment, Drew et ses collaborateurs¹⁷ ont repris l'expérience et sont arrivés au même résultat en étudiant le comportement de radiologistes qui avaient reçu la consigne de chercher des nodules cancéreux. À l'insu des participants, une photo d'un gorille de la taille d'une boîte d'allumettes a été insérée

dans l'une des images. Plus de 80 % des radiologistes n'ont pas vu le gorille pendant une période d'observation moyenne de six secondes. Ainsi, sous l'effet de la fixation ou d'autres facteurs de distraction, il nous arrive de regarder sans voir (ou d'entendre sans écouter, d'agir sans réfléchir)²⁵⁻²⁷.

D'autres circonstances peuvent faire en sorte que les cliniciens soient distraits et se trompent, et donner lieu à des erreurs de fixation. Il suffit de penser à certains éléments des antécédents d'un patient^{20,21}, à la présence de diagnostics antérieurs^{22,23} et de diagnostics initiaux assortis de preuves contradictoires ou remises en cause²⁴. En d'autres mots, nos hypothèses et les connaissances antérieures peuvent être une source d'aveuglement si elles ne sont pas remises en question. Cette fermeture cognitive prématurée peut empêcher d'envisager d'autres diagnostics, d'accepter la possibilité qu'on aille tort ou de reconnaître que le patient puisse présenter plus d'un problème.

Deuxième niveau de conscience de la situation : synthèse des indices

Le deuxième niveau de conscience de la situation (tableau 1) requiert une synthèse⁷⁻¹². Une fois que les indices pertinents ont été identifiés (premier niveau de conscience de la situation), on fait appel aux expériences passées et aux connaissances antérieures pour intégrer ces indices afin d'obtenir une meilleure compréhension de la situation globale (deuxième niveau de conscience de la situation). En contexte médical, cela signifie généralement de regrouper les signes, les symptômes et les résultats des analyses de laboratoire pour établir un diagnostic, qui peut être un état physiologique (p. ex., grossesse), un état physiopathologique (p. ex., infarctus du myocarde), une maladie (c.-à-d. une affection dont l'étiologie est claire, comme la pneumonie) ou un syndrome (c.-à-d. un agrégat courant de signes et symptômes, comme le syndrome de détresse respiratoire aiguë).

Dans le contexte de la psychologie, le modèle Recognition-Primed Decision (RPD – « décision fondée sur la reconnaissance ») élaboré par Klein^{5,6} indique que les experts seraient plus susceptibles de pouvoir regrouper tous les indices (reconnaissance complète) que les non-experts. Autrement dit, l'une des particularités qui distinguent les experts est la capacité de faire une synthèse plus rapidement. Les novices, quant à eux, pourraient ne reconnaître que certains éléments (reconnaissance partielle). Comme on le précise, cette reconnaissance partielle donne lieu à une augmentation du temps et des efforts requis pour dresser un bilan de la situation. Il se peut aussi que le novice parvienne à identifier les indices critiques et à s'en souvenir, mais qu'il ne puisse pas les relier entre eux. À mesure que les praticiens gagnent en maturité, ils apprennent à rassembler des indices disparates pour former un tout reconnaissable⁷⁻¹².

Même les experts font des erreurs. Après tout, puisque le deuxième niveau de conscience (synthèse) s'appuie sur les éléments recueillis au premier niveau (identification), une fausse reconnaissance d'indices (premier niveau) peut donner lieu à un diagnostic erroné (deuxième niveau). Voilà pourquoi il demeure essentiel d'obtenir les

antécédents pertinents et de procéder à un examen physique ciblé en médecine de soins aigus. C'est aussi pour cette raison que les distractions sont si préoccupantes. Par exemple, le stress, le bruit, la fatigue et les priorités concurrentes sont autant de distractions qui peuvent entraîner une mauvaise identification des indices et empêcher l'accès aux connaissances. C'est pourquoi nous apprenons aux équipes d'experts à réduire au minimum les distractions dans les moments critiques. C'est aussi ce qui explique pourquoi beaucoup de séances de formation comprennent la présence de bruit dans le but d'illustrer à quel point il est facile de devenir distrait. Ces séances de formation délibérément bruyantes permettent aussi, espérons-le, d'immuniser les praticiens contre la réalité chaotique de la médecine de soins aigus. Comme nous l'avons vu précédemment, les tableaux cliniques atypiques peuvent aussi donner lieu à des erreurs (p. ex., un patient diabétique qui n'a pas de douleur thoracique, ou encore un patient immunodéprimé qui n'a pas de fièvre). Voilà pourquoi les experts apprennent la règle et les exceptions, et pourquoi les novices doivent être exposés à plus d'un cas.

En médecine de soins aigus, ce qui ajoute au risque d'erreurs dans l'identification et la synthèse des éléments d'information c'est qu'il faut souvent procéder au diagnostic et au traitement de façon simultanée (p. ex., capter une obstruction des voies respiratoires tout en prenant des mesures de stimulation pour augmenter la pression artérielle qui est basse). Cette question de prise en charge simultanée par rapport à une prise en charge séquentielle est abordée en détail dans le chapitre sur la prise de décisions. En somme, l'approche simultanée est quelque peu en contradiction avec l'approche séquentielle enseignée en début de formation médicale. Pour la maîtriser, il faut donc énormément d'attention et une exposition régulière.

Plutôt que d'avoir le luxe de recevoir un indice à la fois, les praticiens en médecine de soins aigus doivent souvent reconnaître et intégrer simultanément des indices multiples pour répondre à la demande. Nous sommes plus susceptibles de chercher des dénominateurs communs (se convaincre que des indices multiples sont liés) que de remettre en cause tous les indices, un à la fois. Par conséquent, nous avons tendance à privilégier une constante que l'on peut récupérer facilement de la mémoire plutôt que de nous imposer la discipline nécessaire pour comparer une panoplie de possibilités moins courantes^{5,6}.

Le principe de raisonnement selon lequel « les choses courantes sont courantes » est attesté par le rasoir d'Occam et, surtout, est souvent valide. Toutefois, puisqu'un principe « souvent valide » ne tient pas la route, la compétence se définit en partie par la volonté de faire les efforts supplémentaires nécessaires. Les constantes facilement reconnaissables peuvent aussi être inexactes ou incomplètes, et partir de la supposition que ces constantes sont valides peut entraîner un excès de confiance et un effort incomplet²⁸⁻³⁰. Conclure à un diagnostic de façon prématurée peut signifier : 1) que nous passons à côté d'un diagnostic mixte (p. ex., pneumothorax sous tension chez un patient asthmatique), 2) que nous passons à côté d'un diagnostic en amont (p. ex., maladie d'Addison comme cause de choc et d'hyperkaliémie) ou 3) que nous faisons de fausses suppositions parce que nous demeurons fixés sur un seul indice puis interprétons ou

déformons d'autres indices de manière à ce qu'ils correspondent à l'objet de notre fixation (p. ex., tenir pour acquis qu'une pression artérielle basse est causée par un infarctus du myocarde en raison des changements observés à l'électrocardiogramme [ECG], et ainsi passer à côté du choc septique). Ainsi, un autre aspect qui distingue les experts des novices est le fait de reconnaître l'omniprésence des biais, qui peuvent se produire chez tous les praticiens, peu importe le degré d'ancienneté.

Troisième niveau de conscience de la situation : prédiction

Le troisième niveau de conscience de la situation (tableau 1) s'appuie sur les deux niveaux précédents et requiert la prédiction de préoccupations futures. Après la détection des indices (premier niveau), qui ont suggéré un diagnostic (deuxième niveau), nous envisageons maintenant ce qui pourrait se produire ensuite (troisième niveau). Prenons l'exemple clinique suivant. Un patient présente une douleur thoracique, des changements à l'ECG et un taux de troponine élevé. Un diagnostic d'ischémie myocardique est ensuite posé. Les prévisions et le plan de prise en charge sont établis en conséquence. Parmi les prochaines étapes envisageables, on compte la stabilisation du patient à l'aide d'aspirine et d'oxygène, le transfert du patient avant que son état s'aggrave et l'administration d'une thrombolyse in situ. De toute évidence, ces décisions sont contextuelles. Quelle que soit l'intervention retenue, le fait d'être proactif plutôt que réactif repose sur le troisième niveau de conscience de la situation^{7-12,31}. Voici un autre exemple. Vous recevez un appel d'un établissement en milieu rural au sujet d'un patient inconscient ayant subi un traumatisme crânien. Sans avoir vu le patient et connaissant seulement ses signes vitaux ou son score de Glasgow, vous êtes en mesure de faire une prédiction raisonnable concernant la nécessité d'un contrôle des voies respiratoires. Même si le patient n'est pas dans un état comateux très profond, vous pourriez recommander à son médecin de l'intuber maintenant pour le protéger durant un transport potentiellement périlleux. De même, vous pouvez présumer que le cerveau continuera d'enfler, ce qui nécessitera une intervention hémodynamique ou un drainage chirurgical. Dans les deux cas, sans imagerie cérébrale, vous avez prédit la nécessité d'un transfert du patient dans un établissement disposant de ressources supplémentaires, d'un personnel d'expérience et de capacités avancées en matière de suivi. Par souci d'anticipation et de préparation, il faudrait aussi informer l'infirmière responsable de l'arrivée imminente du patient.

Les erreurs de prédiction peuvent se traduire par des interventions trop prudentes ou pas assez prudentes. Pour faire la distinction entre les experts et les novices, on peut s'en remettre à la capacité de prédiction, qui relève à la fois des connaissances antérieures (p. ex., « J'ai déjà vu beaucoup de cas comme celui-ci; ils finissent tous par s'aggraver. ») et de la capacité d'intervenir de façon dynamique (p. ex., « La situation est moins pire que prévu; attendons avant d'administrer ce traitement. »). Pour faire des prédictions, il faut aussi rester calme, ce qui signifie d'être en mesure de demeurer conscient et d'évaluer la situation malgré le stress et l'incertitude.

Stress et stratégies de réponse

Des facteurs situationnels peuvent nuire à la conscience de la situation. Le stress est communément désigné comme un état d'éveil physiologique et psychologique exacerbé^{25,31}. Il est souvent entendu que le stress se situe sur un continuum, dans lequel un faible degré d'éveil se solde par un manque d'engagement et un haut degré d'éveil, par une stimulation excessive^{32,33}. La compréhension du stress s'est approfondie et tient maintenant compte du degré de participation à une tâche, de détresse et d'inquiétude. Par ailleurs, la capacité d'atteindre un degré d'éveil optimal diffère en fonction de l'expérience. Ainsi, un excès de stress est souvent associé à un manque d'expérience. Comme nous l'avons vu, plus on a d'expérience, plus on est susceptible de pouvoir anticiper (troisième niveau). Cette anticipation permet en retour de réduire les exigences de traitement d'une tâche et de diminuer le stress. Or, chez l'expert, le danger est que tout devienne routinier jusqu'au seuil de l'ennui.

Comme il a été mentionné, le stress peut être un facteur positif dans la prise de décisions. À court terme, l'adrénaline peut améliorer la concentration. Par contre, cette concentration peut donner lieu à une fixation accrue sur certains indices situationnels et ainsi faire en sorte qu'on néglige d'autres indices (vision étroite). À plus long terme, la tachycardie provoquée par l'adrénaline est par ailleurs associée à l'épuisement et à l'altération de la capacité à prendre des décisions³¹. Plus précisément, la tachycardie provoquée par l'adrénaline peut entraîner une myopie face à la tâche, qui fait en sorte qu'une tâche, comme l'établissement d'un accès intraveineux, réduit la capacité d'envisager d'autres options, comme l'établissement d'un accès intraosseux. Elle peut aussi se solder par une saturation dans une tâche, soit lorsqu'une personne devient dépassée par l'ampleur de la tâche ou réduit ses efforts vers la fin de celle-ci (p. ex., la tendance à vouloir transférer les soins d'un patient réanimé, même en présence d'une nouvelle détérioration)³¹. C'est pourquoi il est important, surtout en milieu complexe, de mettre au point des techniques permettant de diviser les tâches en éléments faciles à gérer. Cette division peut se faire par la délégation des tâches et en procédant à un découpage mental de l'intervention en étapes faciles à gérer²⁵.

Par ailleurs, il faut apprendre à prendre du recul, au sens propre et au sens figuré^{15,16}. S'il est vrai que l'expertise permet la détection rapide des indices diagnostiques, l'expert détermine aussi quels aspects sont associés à davantage d'incertitude et de risque. Cette détermination reflète un passage du mode de réactions automatiques à un mode de raisonnement mieux contrôlé. Cette approche, que l'on attribue généralement à Moulton, s'appelle « ralentir quand il le faut ». Cela signifie qu'il faut prendre un temps d'arrêt ou faire des ajustements au carrefour critique entre le diagnostic et le traitement. À cet effet, certains algorithmes de traitement d'urgence comprennent une phase « s'arrêter et réfléchir » ou « revenir en arrière et réexaminer ».

Moulton et ses collaborateurs³⁴ ont remarqué que les chirurgiens ont tendance à « dériver ». Autrement dit, ils interviennent de façon automatique alors qu'il vaudrait mieux ralentir. Ce phénomène augmente la probabilité qu'un plan unique soit suivi,

peu importe ce qui arrive, et signifie que d'autres indices peuvent être laissés de côté. De plus, cette manière de faire risque de freiner l'exploration d'autres diagnostics ou la mise à contribution d'autres praticiens. Il faut reconnaître que la médecine de soins aigus nécessite à la fois des processus cérébraux et interventionnels, et qu'elle peut tirer des avantages importants de la mise en place de stratégies métacognitives et d'interventions rapides^{35,36}. Bien que l'action d'une seule personne soit souvent nécessaire, nous devrions réserver du temps pour la délibération et prendre le temps de nous assurer que tout le monde est « sur la même longueur d'onde » et « fait partie de la même équipe ».

Conscience de la situation à l'échelle de l'équipe et compétence collective

En général, la réanimation d'un patient nécessite la coordination de plusieurs membres d'une équipe¹. Il faut donc maximiser la conscience de la situation chez les intervenants individuels, dans les sous-équipes et dans l'ensemble de l'équipe³⁷. La mesure dans laquelle les membres d'une équipe peuvent collaborer efficacement peut être considéré comme la cohésion de l'équipe³⁸, une caractéristique essentielle de la compétence collective³⁹. Dès qu'un membre de l'équipe comprend un élément de la situation, il en fait part aux autres. C'est ce qu'on peut appeler la cohésion horizontale de l'équipe. Les membres de l'équipe doivent aussi s'assurer que le chef d'équipe est bien informé de la situation. C'est ce qu'on appelle la cohésion verticale au sein d'une équipe.

S'il est vrai que les équipes qui font preuve d'une grande cohésion peuvent être extrêmement efficaces, il n'en demeure pas moins que l'efficacité et les actions définitives doivent être encadrées. D'autres chapitres porteront sur le travail d'équipe, le leadership et la communication. Quoi qu'il en soit, l'objectif à atteindre dans le milieu complexe des soins aigus est un style de leadership ouvert et empreint de sollicitude, qui fait en sorte que les membres de l'équipe peuvent communiquer facilement avec leur chef^{40,41}, puisqu'une telle structure peut aussi favoriser la conscience de la situation de l'équipe. Ainsi, le chef d'équipe fait la synthèse des éléments d'information et intègre les modèles individuels, avant de communiquer sa compréhension des faits tout en invitant les membres de l'équipe à se prononcer. L'objectif visé est de présenter à l'équipe un modèle mental commun et de lui permettre une conscience de la situation largement applicable. Conformément au modèle de conscience individuelle de la situation, le travail d'équipe et la communication au sein d'une équipe doivent prendre en compte les observations principales (premier niveau), l'état actuel du patient (deuxième niveau) et la trajectoire probable (troisième niveau).

Pour que les membres d'une équipe performant dans une situation unifiée, ces derniers doivent comprendre les forces, les faiblesses et le degré de conscience de chacun^{42,43}. Il n'est pas raisonnable de présumer que tous les membres de l'équipe ont le même degré de compréhension, d'attention ou de conscience⁴⁴. En plus d'aiguiser sa propre conscience de la situation, chaque personne doit apprécier celle des autres. Tel

un diagramme de Venn, la conscience de la situation des membres de l'équipe doit se chevaucher de façon pertinente si on veut atteindre une collaboration efficace⁵⁻¹⁰. Voilà pourquoi en période de crise médicale il est non seulement important de détecter les indices, mais il faut aussi les déclarer explicitement⁴⁵.

En communiquant les hypothèses diagnostiques et les priorités thérapeutiques à tous les membres de l'équipe, on espère renforcer la capacité de détection, de compréhension et de prédiction de chacun. Une conscience accrue de la situation à l'échelle de l'équipe peut permettre à chaque membre de bien effectuer la tâche qui lui revient, en plus d'aider les autres lorsqu'un cas complexe de réanimation les force à s'interrompre (p. ex., anticiper les besoins d'équipement ou de ressources supplémentaires). Non seulement la conscience de la situation peut-elle sauver des vies, elle est aussi l'affaire de tous.

Résumé

Pour comprendre les concepts d'attention et de conscience en soins médicaux aigus, il faut disséquer la façon dont nous reconnaissons les indices, donnons un sens aux éléments recueillis et faisons des prédictions. Le processus selon lequel on fait passer un patient du péril à la sécurité est complexe, nuancé et individuel. Quoi qu'il en soit, la conscience de la situation est un atout important que doivent posséder les intervenants individuels et les équipes dans pratiquement toutes les situations de crise en soins aigus. Pour y parvenir, tout le monde doit faire preuve de discipline et d'humilité afin de réduire au minimum les surcharges cognitives, les conclusions prématurées et les biais. En présence d'une conscience de la situation optimale, il est plus probable de trouver le juste équilibre entre le secours expéditif et la délibération prudente.

Sans stratégies délibérées, une perte momentanée de la conscience de la situation peut dégénérer en crise incontrôlable. Heureusement, la réflexion critique peut transformer un cercle vicieux en cercle vertueux. La métacognition signifie être conscient de notre façon de penser et de son influence sur nos actions. Cette compréhension illustre aussi la raison pour laquelle l'expertise nécessite un engagement tout au long de la carrière et une compétence basée sur le volume. Nos patients méritent d'avoir des praticiens qui sont soumis à une pratique et à un débriefing réguliers, et qui sont ouverts à l'introspection et aux critiques externes. La conscience, l'attention et la discipline requise pour posséder ces capacités sont tout aussi importantes que « l'ingéniosité » médicale classique.

Références

1. Norman GR, Eva K, Brooks LR, et al. Expertise in medicine and surgery. In: Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ, et al, editors. *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. New York (NY): Cambridge University Press; 2006. p. 339-54.
2. Petersen SE, Posner MI. The attention system of the human brain: 20 years after. *Annu Rev Neurosci*. 2012;35:73-89.
3. Parasuraman R, Warm JS, See JE. Brain systems of vigilance. In: Parasuraman R, editor. *The Attentive*

- Brain. Cambridge (Mass.): The MIT Press; 1998. p. 221-56.
4. Grier RA, Warm JS, Dember WN, et al. The vigilance decrement reflects limitations in effortful attention, not mindlessness. *Hum Factors*. 2003;45: 349-59.
5. Klein GA. A Recognition-primed Decision (RPD) Model of rapid decision making. In: Klein GA, Orasanu J, Calderwood R, et al, editors. *Decision Making in Action: Models and Methods*. Norwood (NJ): Ablex; 1993. p. 138-47.
6. Klein GA. *Sources of Power: How People Make Decisions*. Cambridge (Mass.): MIT Press; 1998.
7. Endsley MR. Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Hum Factors*. 1995;37(1):32-64.
8. Endsley MR. Theoretical underpinnings of situation awareness: A critical review. In: Endsley MR, Garland DJ, editors. *Situation Awareness Analysis and Measurement*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 3-32.
9. Gaba DM, Howard SK, Small SD. Situation awareness in anesthesiology. *Hum Factors*. 1995;37(1):20-31.
10. Durso FT, Sethumadhavan A. Situation awareness: Understanding dynamic environments. *Hum Factors*. 2008; 50(3):442-8.
11. Wickens CD. Situation awareness: Review of Mica Endsley's 1995 articles on situation awareness theory and measurement. *Hum Factors*. 2008;50(3):397-403.
12. Stanton NA, Chambers PR, Piggott J. Review of situational awareness: Concept, theory, and application. *Safety Science*. 2001;39(3):189-204.
13. Maljkovic V, Nakayama K. Priming of pop-out: I. Role of features. *Mem Cognit*. 1994;22(6):657-72.
14. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad Med*. 2004; 79(10 Suppl):S1-S12.
15. Moulton CE, Regehr G, Mylopoulos M, et al. Slowing down when you should: A new model of expert judgment. *Acad Med*. 2007;82(10 Suppl):S109-S116.
16. Moulton CE, Regehr G, Lingard L, et al. 'Slowing down when you should': Initiators and influences of the transition from the routine to the effortful. *J Gastrointest Surg*. 2010;14:1019-26.
17. Drew T, Vö ML, Wolfe JM. The invisible gorilla strikes again: Sustained inattention blindness in expert observers. *Psychol Sci*. 2013;24(9):1848-53.
18. Krupinski EA, Tillack AA, Richter L, et al. Eye-movement study and human performance using telepathology virtual slides. Implications for medical education and differences with experience. *Hum Pathol*. 2006;37:1543-56.
19. Chabris CF, Simons DJ. *The invisible gorilla: and other ways our intuitions deceive us*. New York (NY): Crown Publishers, Random House; 2010.
20. Norman GR, Brooks LR, Coblenz CL, et al. The correlation of feature identification and category judgments in diagnostic radiology. *Mem Cognit*. 1992;20(4):344-55.
21. Hatala RM, Norman GR, Brooks LR. Influence of a single example upon subsequent electrocardiogram interpretation. *Teach Learn Med*. 1999;11(2):110-17.
22. Brooks LR, Norman GR, Allen SW. The role of specific similarity in a medical diagnostic task. *J Exp Psychol Gen*. 1991;120(3):278-87.
23. Regehr G, Cline J, Norman GR, et al. Effect of processing strategy on diagnostic skill in dermatology. *Acad Med*. 1994;69(10 Suppl):S34-S36.
24. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press; 1978.
25. St Pierre M, Hofinger G, Buerscher C, et al. *Crisis Management in Acute Care Settings*. 2nd ed. New York (NY): Springer; 2011.
26. Aron D, Headrick L. Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: it requires a systematic approach. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(2):168-73.
27. Brindley PG. Patient safety and acute care medicine: Lessons for the future, insights from the past. *Crit Care*. 2010;14(2):217-22.
28. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. *Judgment Under Uncertainty. Heuristics and Biases*. Cambridge (Mass.): Cambridge University Press; 1982.

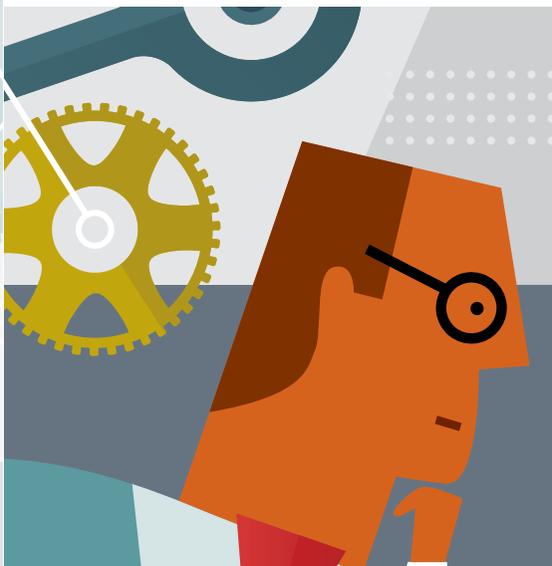
29. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York (NY): Farrar, Straus, Giroux Press; 2011.
30. Croskerry P, Norman G. Overconfidence in clinical decision making. *The Am J Med*. 2008;121(5A):S24–S29.
31. Ripley A. *The Unthinkable: Who survives when disaster strikes*. New York (NY): Three Rivers Press; 2008.
32. Yerkes RM, Dodson JD. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *J Compar Neur Psychol*. 1908;18(5):459-82.
33. Wilkinson RT. Interaction of noise with knowledge of results and sleep deprivation. *J Exp Psychol*. 1963;66:332–7.
34. Moulton CE, Regehr G, Lingard L, et al. Slowing down to stay out of trouble in the operating room: Remaining attentive in automaticity. *Acad Med*. 2010;85(10):1571–77.
35. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med*. 2009;84(8):1022–28.
36. Norman G, Sherbino J, Dore K, et al. The etiology of diagnostic errors: A controlled trial of system 1 versus system 2 reasoning. *Acad Med*. 2014;89(2):277–84.
37. Mishra A, Catchpole K, Dale T, et al. The influence of non-technical performance on technical outcome in laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2008;22(1):68–73.
38. 3Dion KL. Group cohesion: From "Field of Forces" to multidimensional construct. *Group Dyn*. 2000;4(1):7–26.
39. Hodges BD, Lingard L. *The Question of Competence: Reconsidering Medical Education in the Twenty-First Century*. Ithaca (NY): Cornell University Press; 2012. p. 131–54.
40. Flowers MT. A laboratory test of some implications of Janis's groupthink hypothesis. *J Pers Soc Psychol*. 1977;35(12):888–96.
41. Wendt H, Euwema MC, van Emmerik H. Leadership and team cohesiveness across cultures. *Leadersh Q*. 2009;20(3):358–70.
42. Liang DW, Moreland RL, Argote L. Group versus individual training and group performance: The mediating role of transactive memory. *Pers Soc Psychol Bull*. 1995;21(4):384–93.
43. Kozlowski SWJ, Ilgen DR. Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams. *Psychol Sci Public Interest*. 2006;7(3):77–124.
44. Ross L, Greene D, House P. The "false consensus effect": An egocentric bias in social perception and attribution processes. *J Exp Soc Psychol*. 1977;13(3):279–301.
45. Frerkl C, Mitchell VS, McNarry AF, et al. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. *Br J Anaesth*. 2015;115(6):827–48



La prise de décisions en médecine de soins aigus

Auteurs : Adam Szulewski, Peter G. Brindley, Jeroen J. G. van Merriënboer

Réviseurs : Dominique Piquette, Martin Beed



«Toute vie est résolution de problèmes.»

Sir Karl Popper

Introduction

La prise de décisions joue un rôle essentiel dans la prestation de soins médicaux efficaces. Au début de leur formation, les professionnels de la santé apprennent une approche analytique linéaire de la prise de décisions, qui fonctionne bien chez la majorité des patients dont l'état est stable. Cette approche suit une structure ordonnée : obtenir les antécédents du patient, effectuer un examen physique, établir un diagnostic différentiel, demander des analyses et, enfin, instaurer un traitement. Chez les patients dont l'état est stable, cette démarche permet de recueillir le maximum d'information et donne le temps de réfléchir. Par contre, durant une crise médicale, cette stratégie est impraticable et peut être dangereuse, surtout dans les cas où une réanimation urgente est remise à plus tard. Ainsi, la prestation de soins d'urgence peut présenter des défis pour les professionnels de la santé et s'avérer périlleuse pour les patients.

Le présent chapitre vise à permettre aux professionnels de la santé de mieux comprendre leurs propres habitudes en matière de prise de décisions et l'incidence de ces habitudes sur la gestion des ressources de crise dans la pratique clinique quotidienne. En outre, le fait de comprendre nos propres processus décisionnels peut nous aider, en tant que professionnels de la santé, à transmettre des techniques efficaces à la prochaine génération de décideurs.

Lors d'une crise médicale, le but est de stabiliser le patient au maximum et de réduire les délais au minimum. Le diagnostic et le traitement doivent être établis de façon simultanée, souvent au détriment de la précision du diagnostic. La collecte de données se concentre davantage sur les renseignements disponibles dans l'immédiat (signes vitaux, analyses sur le lieu d'intervention) et moins sur l'attente d'examen diagnostiques (tomodensitométrie, résultats d'analyses de laboratoire). De même, les consultations sont axées sur des interventions précises (p. ex., intubation, chirurgie, aide à la réanimation) plutôt que sur des opinions diagnostiques. Pour prendre en charge le patient en péril, l'équipe doit convertir rapidement les données disponibles (p. ex., une augmentation de la fréquence cardiaque) en renseignements utiles (p. ex., l'état du patient se détériore), puis intervenir logiquement et rapidement (p. ex., administrer un bolus liquidien). La médecine de soins aigus est l'art de ne pas intervenir sans avoir suffisamment réfléchi, tout en ne laissant pas l'incertitude causer des délais potentiellement dangereux.

Comme nous l'avons vu, l'approche simultanée utilisée en situation de crise minimise la nécessité d'établir immédiatement un diagnostic étiologique (p. ex., septicémie à streptocoque). On redéfinit plutôt l'incertitude en établissant des diagnostics physiologiques ou physiopathologiques temporaires plus larges (p. ex., hypotension ou choc septique). On s'occupe des détails manquants du diagnostic et des lacunes relatives au traitement plus tard, une fois que la crise s'est résorbée et qu'il est possible de recourir en toute sécurité aux stratégies de prise de décisions séquentielles classiques. L'approche simultanée augmente les chances que le médecin leader et l'équipe médicale demeurent en contrôle lors de situations qui évoluent rapidement, et qu'ils puissent gérer des priorités concurrentes de façon concomitante.

En plus de surmonter les défis que pose la prise de décisions dans un contexte où le temps est précieux, un médecin leader efficace doit également maximiser l'efficacité de toute l'équipe, et ce, malgré une forte densité de stimuli et des enjeux cliniques importants¹. Pour y parvenir, il peut appliquer des principes reconnus en matière de gestion des ressources de crise (GRC). Les aptitudes en GRC, qui sont abordées ailleurs, comprennent le leadership et l'esprit de subordination, la conscience de la situation, les compétences en communication, l'utilisation des ressources et le travail d'équipe. Dans le présent chapitre, nous nous pencherons sur la théorie et la pratique en matière de prise de décisions efficace ainsi que sur l'incidence qu'ont l'expérience, la charge cognitive et la mémoire de travail sur les mécanismes décisionnels.

Principes fondamentaux de la prise de décisions médicales

Si la prise de décisions, sous une forme ou une autre, est un élément important pour tous les professionnels de la santé, elle joue un rôle central dans le cas des cliniciens, qui prennent la plupart des décisions importantes. Malgré l'importance qu'elle revêt, la prise de décisions est rarement abordée de façon délibérée dans les programmes de formation médicale traditionnels. C'est plutôt en milieu de travail clinique que les médecins acquièrent la majeure partie de leur expérience dans ce domaine. Avec

l'expérience, la plupart deviennent éventuellement des décideurs compétents. Par contre, le processus décisionnel – et les stratégies visant à optimiser ce processus – sont souvent mal compris par ceux qui prennent les décisions²⁻⁴. Autrement dit, il arrive fréquemment que les cliniciens deviennent inconsciemment des décideurs compétents.

Au cours de leur carrière, les décideurs du monde médical doivent s'engager à affiner leur intuition et leurs réflexes cliniques. Cela dit, il peut être difficile pour un professionnel de la santé d'expliquer comment ou pourquoi il prend certaines décisions². Par exemple, un médecin d'expérience arrivera rapidement à détecter la détérioration de l'état d'un patient asthmatique, à décider d'intuber et à instaurer un traitement approprié. Lorsqu'on lui demandera plus tard ce qui l'a poussé à intervenir si rapidement, il répondra peut-être : « Le patient était épuisé. » ou « Si je n'étais pas intervenu, le patient aurait subi un arrêt. ». Bien qu'ils soient vrais, ces jugements sont intuitifs (ou intrinsèquement tacites) et difficiles à se représenter pour les novices. Pour ces raisons, la prise de décisions est souvent difficile à enseigner.

En situation de crise, il faut tenir compte des limites de la mémoire de travail pour comprendre les mécanismes décisionnels. L'être humain ne peut gérer de façon fiable qu'un nombre limité d'éléments d'information particuliers (environ sept), et ce nombre est encore plus faible lorsqu'un traitement de l'information est nécessaire^{3,4}. Par exemple, pour un novice qui traite un patient atteint d'insuffisance cardiaque congestive (ICC), il peut s'agir d'éléments d'information de base comme « hypoxémie », « hypertension », « crépitements », « surcharge volumique », « diurétique » et « ventilation en pression positive ». Chez le novice, ces six éléments exploitent la capacité de la mémoire de travail. En revanche, chez l'expert, de multiples éléments peuvent être condensés sous forme d'unités d'information (p. ex., « tableau clinique de l'ICC » et « prise en

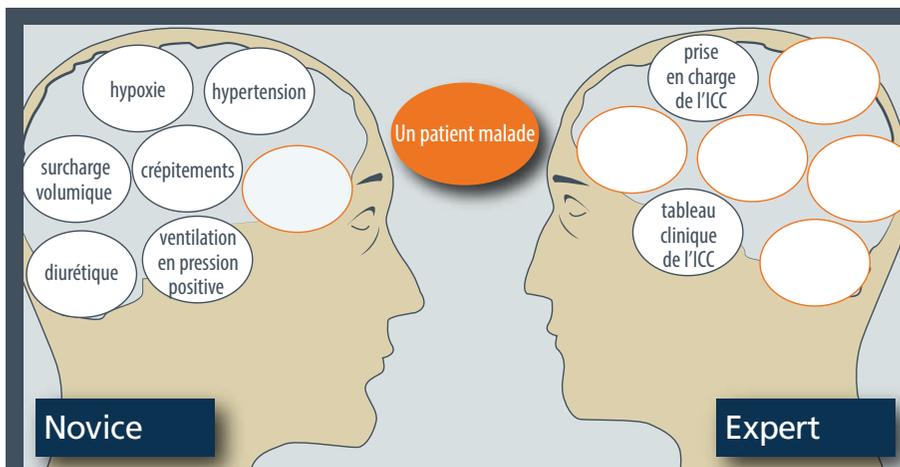


Figure 1: Recours à la mémoire de travail chez les débutants et les experts en situation clinique

charge de l'ICC »). Une plus grande proportion de la mémoire de travail peut ainsi être utilisée pour effectuer d'autres tâches. La figure 1 résume ce concept important.

Renseigner les décideurs au sujet de l'art de regrouper subconsciemment les symptômes d'une maladie peut accroître leur aptitude à reconnaître efficacement le patient « malade ». Soulignons qu'il est tout aussi important de savoir simplement reconnaître un patient malade que d'acquérir des connaissances ou de maîtriser des habiletés manuelles. Ainsi, ce groupe de symptômes subconscient doit constituer un élément central du programme de formation en soins aigus.

Modèles de prise de décisions

La prise de décisions (aussi appelée « résolution de problèmes » dans certains modèles de GRC) est un sujet complexe. Cela dit, des modèles théoriques issus de plusieurs domaines professionnels ont été utilisés pour en résumer les principes. Deux de ces modèles, soit le modèle Recognition-Primed Decision (RPD – « décision fondée sur la reconnaissance ») élaboré par Gary Klein⁵ et le modèle de pensée à deux vitesses (traduction de Dual Process Model)⁶ développé par Daniel Kahneman, aident à comprendre les processus cognitifs utilisés par les experts lors de la prise de décisions.

Modèle Recognition-Primed Decision (RPD)

Le modèle RPD³ permet d'expliquer comment il est possible de prendre de bonnes décisions dans un milieu médical complexe où tout change continuellement, et ce, malgré les limites de la mémoire de travail. Comme nous l'avons vu plus haut, en situation de crise, la plupart des médecins d'expérience ne comparent pas de façon consciente différentes options avant d'agir. Ils reconnaissent plutôt le cours habituel d'une situation clinique, ce qui évoque immédiatement un ensemble de prévisions, d'objectifs appropriés et de mesures à prendre dans ce genre de situation. Par exemple, un médecin expérimenté qui traite un patient traumatisé intubé présentant une hypotension et une hypoxémie est susceptible de recourir rapidement à une échographie pulmonaire, de conclure à la présence d'un pneumothorax et de procéder promptement à une décompression thoracique. Cette intervention rapide ne découle pas de connaissances particulières que possède le médecin, mais plutôt du fait que ce dernier est « en prise avec la réalité ». En d'autres mots, le médecin accepte la possibilité d'un pneumothorax sous tension chez tous les patients présentant un traumatisme thoracique et comprend le danger de fournir des soins insuffisants (qui est plus important que celui de traiter de façon excessive) en présence d'un tel diagnostic. Le clinicien d'expérience sait aussi reconnaître la constante qui se dégage de l'association entre un pneumothorax sous tension, une ventilation en pression positive, une hypoxémie et une hypotension.

Comprendre la façon dont nous prenons des décisions, ce qui nous amène à les prendre et ce que nous pouvons décider aide à déterminer quelles sont les qualités nécessaires pour être un médecin efficace en contexte de soins aigus. En substance, les

médecins efficaces sont habituellement capables de se concentrer rapidement sur les indices diagnostiques de haut niveau (souvent appelés « signes majeurs » ou « signaux d'alarme »), de confirmer ou de réfuter rapidement leurs doutes, d'éviter les principaux dangers, d'agir rapidement et d'éviter le gaspillage de ressources cognitives sur des détails extrinsèques⁷. En outre, grâce à leur dextérité cognitive et à la confiance qu'ils ont en leurs moyens, ils sont à même de reconnaître si le plan d'action initial laisse à désirer et de modifier leur intervention en conséquence. Si le plan d'action ne se modifie pas facilement, ils passent rapidement à la prochaine démarche envisageable. Ce processus est ensuite répété jusqu'à ce qu'une solution acceptable soit adoptée⁸. Cette séquence d'étapes constitue la base du modèle RPD. Encore une fois, ce modèle contraste avec l'approche analytique classique de collecte d'information linéaire et de formulation d'hypothèses exhaustives.

La reconnaissance dont fait preuve le médecin expert se rapproche de l'intuition et constitue le principal élément du modèle RPD. Un médecin débutant risque de ne pas reconnaître immédiatement que le groupe de signes et symptômes décrits plus haut évoque un pneumothorax sous tension. Ainsi, chez le novice, le processus décisionnel est plus analytique et, par conséquent, plus chronophage. Malgré les meilleures intentions du monde, les patients peuvent subir les conséquences d'une prise de décisions tardive dans les situations où le temps est précieux.

Modèle de pensée à deux vitesses

Le modèle de pensée à deux vitesses présenté par Daniel Kahneman est une variante du modèle RPD. Selon ce modèle, la pensée et le processus décisionnel sont conceptualisés en deux systèmes : le système I et le système II. Le système I intervient dans les jugements intuitifs qui se produisent rapidement et de façon automatique. Ces jugements ne nécessitent relativement aucun effort et interviennent de manière involontaire⁹. Par exemple, un clinicien expérimenté qui met le pied dans une unité de soins et déclare en quelques secondes que le patient est « malade » ou n'est « pas malade » utilise le système I. Puisqu'il est en présence d'une situation familière, le médecin est en mesure de reconnaître une constante. Ainsi, pour devenir experts en prise de décisions, les apprenants doivent se soumettre à une exposition répétée et régulière.

Le système II est quant à lui plus lent et plus logique. Étant mis à contribution lorsqu'une situation n'est pas familière, sa structure s'écarte de celle du système I. Le système II remplace la pensée intuitive qui survient rapidement et relativement sans effort par un raisonnement logique qui demande un effort⁹. Par exemple, il est probable que le cas d'un patient présentant une hypotension rebelle et chez qui on a découvert par la suite une insuffisance surrénalienne ait déclenché un mode de pensée appartenant au système II. La capacité de prendre du recul par rapport à une situation de crise et d'utiliser le raisonnement propre au système II pendant la période de stress que représente la réanimation est un autre trait distinctif que possèdent les professionnels de la santé expérimentés et efficaces. Encore une fois, il faut une exposition régulière et

répétée pour y parvenir, mais ce type de comportement peut être enseigné et encouragé. Par exemple, quand on apprend aux novices comment prendre des décisions, on insiste souvent sur le fait que le processus décisionnel est à la fois dynamique et empirique : lorsque l'intuition fait défaut, il faut revenir à une approche plus structurée (p. ex., si un patient ne répond pas à une intervention ou si son état se détériore et qu'il est difficile de déterminer quel est le problème, il faut reprendre l'ABC – voies respiratoires, respiration, circulation).

Modèles complémentaires

Le modèle de pensée à deux vitesses s'appuie sur des ouvrages de recherche en psychologie qui traitent des erreurs et des biais cognitifs, tandis que le modèle RPD s'appuie sur la théorie qui sous-tend l'intuition des experts et la prise de décisions. Cela dit, ces deux approches se chevauchent et il vaut mieux les considérer comme étant complémentaires plutôt qu'opposées. Ainsi, le concept d'intuition sur lequel repose le modèle RPD est semblable à celui qui caractérise le mode de pensée propre au système I dans le modèle de pensée à deux vitesses. La reconnaissance (c.-à-d. l'intuition ou le mode de pensée du système I) est un processus mental relativement précis chez les experts, mais qui peut être problématique chez les novices. L'inexpérience chez le novice ou la fatigue chez l'expert sont deux facteurs qui peuvent donner lieu à une simplification excessive (ou à une transformation) de problèmes médicaux complexes afin de les faire correspondre à des expériences vécues dans le cadre de situations passées (différentes). Il s'agit d'un type de biais cognitif que l'on pourrait appeler « heuristique simplificatrice »⁷.

Prise de décisions in situ Reconnaissance, expertise et charge cognitive

La reconnaissance est sans contredit un élément important dans la prise de décisions cliniques. Mais comment les professionnels de la santé développent-ils une expertise en reconnaissance? Selon des études, il faut que le milieu de pratique offre suffisamment d'indices valides et qu'il soit propice au repérage de tels indices⁷. Sur ce point, le chaos, les distractions et les coéquipiers peu coopératifs peuvent influencer sur la probabilité que la reconnaissance survienne au moment opportun. De plus, comme nous l'avons souligné précédemment, pour devenir compétents en médecine de réanimation et prendre de bonnes décisions en situation de crise, les professionnels de la santé doivent bénéficier d'une exposition suffisante et posséder assez d'expérience. Les rencontres cliniques et les simulations médicales bien conçues sont de bons moyens d'y parvenir. Par contre, nous devons accepter le fait que la compétence clinique pourrait ne jamais être acquise. Quoi qu'il en soit, il serait injuste et illogique de s'attendre à ce qu'un professionnel de la santé qui est rarement appelé à prendre des décisions en situation de crise démontre un haut niveau de compétence le jour où une catastrophe survient.

D'après des expériences effectuées lors d'urgences en salle d'opération et de cas pris en charge par des résidents en anesthésiologie, les quatre attitudes suivantes sont ob-

servées chez les médecins résidents en ce qui a trait à la résolution de problèmes¹⁰. Certains résidents « bloquent » et ont de la difficulté à formuler des diagnostics possibles ou à coordonner leurs interventions. D'autres « fixent » toute leur attention sur un point et formulent promptement un diagnostic plausible, mais erroné, et ont de la difficulté à s'en écarter malgré la présence d'autres indices (ce qu'on appelle une « conclusion prématurée »). Les « vagabonds du diagnostic » soulèvent un nombre important de possibilités, mais omettent de les considérer ou de les exclure. Les résidents qui ont une attitude « adaptative » sont les plus efficaces. Ces derniers formulent des diagnostics plausibles, excluent certains d'entre eux et interviennent de façon appropriée.

Au fur et à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience, les professionnels de la santé devraient pouvoir reconnaître plus facilement les menaces imminentes, et par conséquent, intervenir rapidement. Ils deviendront aussi sans doute plus à l'aise de réfléchir et d'agir malgré l'absence de certitude concernant le diagnostic. En d'autres mots, la manière dont les professionnels de la santé traitent l'information clinique et prennent des décisions est appelée à progresser naturellement au fil du temps. Par ailleurs, la façon dont un praticien résout les problèmes est un indicateur majeur qui nous permet de déterminer si celui-ci peut être affecté à une tâche ou si d'autres interventions sont nécessaires¹¹.

Les professionnels de la santé ne progressent pas tous au même rythme. L'apprentissage par expérience offre l'avantage de diminuer la charge cognitive, ce qui libère par le fait même la mémoire de travail et permet un raisonnement plus poussé. À l'inverse, dans une situation de crise médicale particulièrement difficile, les professionnels en soins aigus inexpérimentés risquent de subir une surcharge cognitive importante qui empêche toute reconnaissance ou réaction. Ils deviennent donc incapables d'envisager des solutions de rechange, des exceptions cliniques, des diagnostics rares ou des interventions préven-

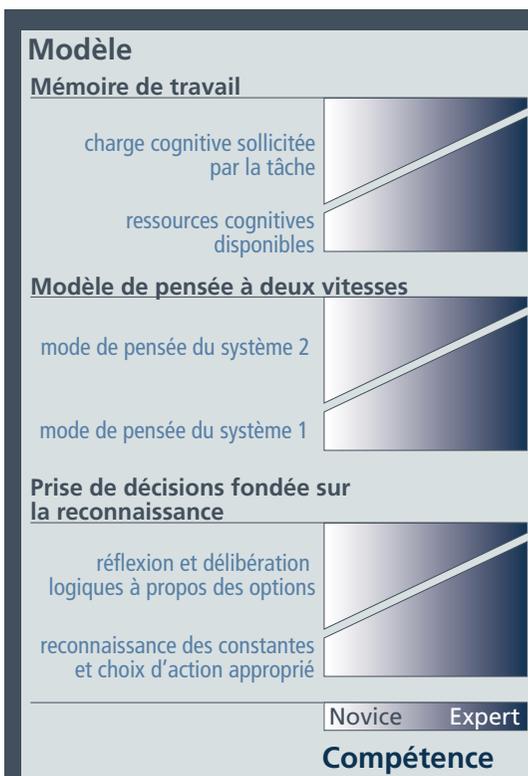


Figure 2: Modèle décisionnel, méthodes et lien avec l'expertise

tives. Dans ces circonstances, le manque d'expérience fait aussi en sorte que les novices sont incapables de s'arrêter pour réfléchir, incapables d'effectuer des interventions qui demandent de la dextérité et incapables d'intégrer les compétences en GRC, comme la communication et le leadership (figure 2). Pour tout dire, la capacité de prendre des décisions critiques n'est pas innée et ne devrait donc pas être laissée au hasard.

Enseignement du processus décisionnel

Si nous reconnaissons que les médecins ayant acquis de l'expérience grâce à une exposition clinique régulière sont des décideurs efficaces en situation de crise, il est donc logique d'enseigner le modèle RPD. Cohen et Freeman¹² ont d'ailleurs eu recours à ce modèle pour aborder la pensée critique à partir de cas cliniques. Afin que l'enseignement reflète la réalité, l'information clinique doit être présentée sous forme de séquence imprévisible (ce qu'on appelle aussi un « programme de pratique aléatoire »). En plus de refléter la réalité des soins aigus, cette méthode force les apprenants à exercer leur esprit critique pour mettre en lumière les similitudes et les différences entre les nouvelles données et tout ce qui est venu avant¹³. Chez les novices, il peut être nécessaire de simplifier les cas et de fournir des conseils (ou des coups de pouce cognitifs) qui les aident à reconnaître ce qui a le plus de pertinence et ce qui peut détourner l'attention¹⁴.

Pendant la formation, les apprenants doivent se concentrer sur quatre activités bénéfiques : création d'un récit (dans lequel toutes les données existantes sont incorporées et expliquées, et où des hypothèses raisonnables sont formulées malgré l'incertitude); vérification d'un récit (dans le cadre de laquelle les incohérences et les incertitudes sont mises en évidence et où le récit est révisé en fonction des vérifications effectuées); évaluation d'un récit (où l'on se fait l'avocat du diable pour évaluer la plausibilité); et vérification rapide (lors de laquelle le temps disponible et les conséquences des actions sont prédéterminés, ce qui incite à prendre des mesures immédiates dans les cas où tout délai serait inadmissible¹⁵).

Pour qu'elle soit efficace, la formation sur la prise de décisions critiques doit comprendre une description préalable d'une stratégie cognitive qui permet d'orienter le processus décisionnel. Elle doit aussi être donnée par un formateur expérimenté qui peut amener l'apprenant à réfléchir à sa propre stratégie en développement dans le but de la peaufiner davantage. Les commentaires de guidage doivent aider les apprenants à prévenir les erreurs, remettre en question leurs jugements et faire en sorte qu'ils demeurent ouverts à d'autres explications. Lorsque les situations d'apprentissage sont présentées sous forme de séquence imprévisible, les commentaires rétrospectifs (p. ex., « Y avait-il des similitudes entre les deux dernières situations? ») sont plus efficaces que les commentaires prospectifs (p. ex., « Y a-t-il des similitudes en les deux situations suivantes? »). L'utilisation d'un programme de pratique aléatoire associé à des commentaires rétrospectifs augmente les chances que les compétences acquises dans une situation soient transférées lors de situations subséquentes¹⁵. De cette façon, la formation sur la prise de décisions est susceptible de profiter tant aux praticiens qu'aux patients.

Résumé

Pour les personnes qui traitent des patients dont l'état est critique, savoir prendre des décisions efficacement est une compétence complexe, mais essentielle. Le statut d'expert en prise de décisions peut prendre toute une carrière à atteindre, et la poursuite de cet objectif ne doit pas être laissée au hasard. Malgré le vaste corpus de connaissances provenant d'autres domaines que la médecine, la prise de décisions est rarement enseignée ou encadrée dans les programmes de formation. Heureusement, de plus en plus de données entourant la prise de décisions peuvent être aisément adaptées au contexte de la médecine de soins aigus.

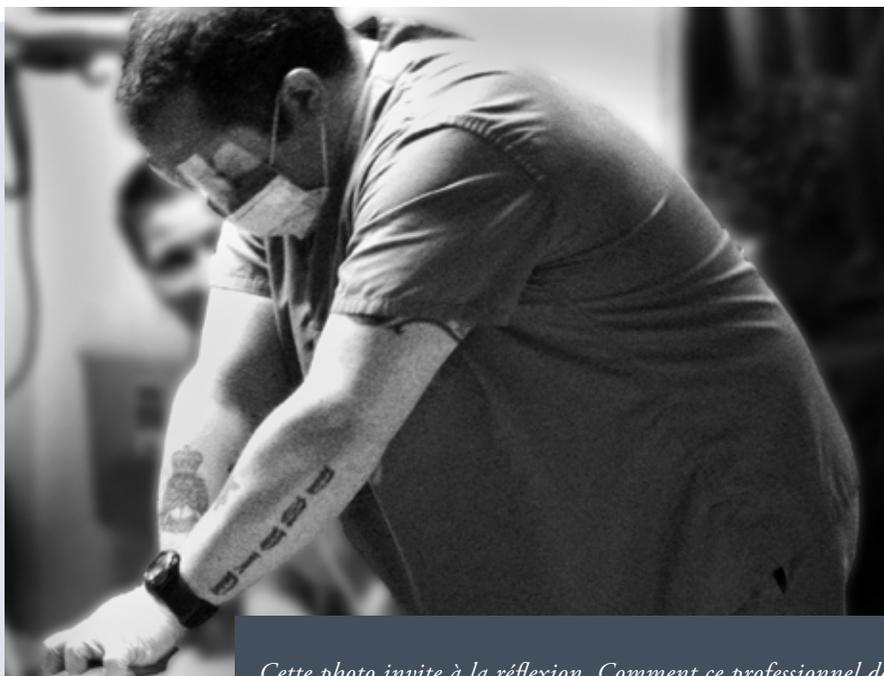
Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Dr Marco Sivilotti et le Dr Bob McGraw de leur précieuse contribution.

Références

1. Hicks CM, Bandiera GW, Denny CJ. Building a simulation-based crisis resource management course for emergency medicine, phase 1: Results from an interdisciplinary needs assessment survey. *Acad Emerg Med.* 2008;15(11):1136-43.
2. Klein G, Calderwood R, Macgregor D. Critical decision method for eliciting knowledge. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics.* 1989;19(3):462-72.
3. Miller GA. The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychol Rev.* 1956;63(2):81.
4. Sweller J, Van Merriënboer JJ, Paas FG. Cognitive architecture and instructional design. *Educ Psychol Rev.* 1998;10(3):251-96.
5. Klein G. Naturalistic decision making. *Hum Factors.* 2008;50(3):456-60.
6. Kahneman D. Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *Am Econ Rev.* 2003;1449-75.
7. Kahneman D, Klein G. Conditions for intuitive expertise: a failure to disagree. *Am Psychol.* 2009;64(6):515.
8. Klein GA. *Sources of power: How people make decisions.* Cambridge (Mass): MIT press; 1999.
9. Kahneman D. *Thinking, fast and slow.* New York (NY): Macmillan; 2011.
10. Rudolph JW, Morrison JB, Carroll JS. The dynamics of action-oriented problem solving: Linking interpretation and choice. *Acad Manage Rev.* 2009;34(4):733-56.
11. Szulewski A, Roth N, Howes D. The use of task-evoked pupillary response as an objective measure of cognitive load in novices and trained physicians: A new tool for the assessment of expertise. *Acad Med.* 2015;90(7):981-7.
12. Cohen MS, Freeman JT. Understanding and enhancing critical thinking in recognition-based decision making. In: Flin R, Martin L, editors. *Decision making under stress: Emerging themes and applications.* Aldershot (UK): Avebury Aviation, 1997.
13. Helsdingen AS, van Gog T, van Merriënboer JGG. The effects of practice schedule on learning a complex judgment task. *Learn Instr.* 2009;21:126-136.
14. Van Merriënboer JGG. *Training complex cognitive skills: A four-component instructional design model for technical training.* Englewood Cliffs (NJ): Educational Technology Publications; 1997.
15. Helsdingen AS, van Gog T, van Merriënboer JGG. The effects of practice schedule and critical thinking prompts on learning and transfer of a complex judgment task. *J Educ Psychol.* 2011;103:383-398.

La prise de décisions en médecine de soins aigus



La photo : ©Dre. Robert Arntfeld,
le sujet : Ken Parker

Cette photo invite à la réflexion. Comment ce professionnel de la santé se sent-il : plein d'énergie ou exténué; terrifié ou enthousiaste? Si c'était vous, sauriez-vous quand et comment demander de l'aide? Seriez-vous trop captivé par la tâche pour voir quoi que ce soit d'autre, ou plutôt réceptif à la collaboration avec l'équipe? Seriez-vous capable de diriger? Seriez-vous prêt à suivre?

La communication verbale en médecine de soins aigus

Auteurs : Sayra Cristancho, Peter G. Brindley, Loereli Lingard

Réviseurs : Alan McDougall, Adam Szulewski



« Le seul problème majeur dans la communication est l'illusion qu'elle a eu lieu. »

George Bernard Shaw

Introduction

La communication est une compétence médicale essentielle

Le rôle central que joue la communication dans la prestation de soins médicaux aigus de grande qualité est de plus en plus reconnu¹⁻⁴. Quand les soins cliniques se passent bien, c'est souvent en raison d'une « bonne communication » et quand les soins se déroulent mal, une « mauvaise communication » est souvent en cause. Ainsi, comme c'est le cas dans d'autres secteurs d'activité à haut risque comme l'aviation, le génie nucléaire et le domaine militaire, bon nombre de spécialités médicales ont reconnu la nécessité d'offrir de la formation pratique et des exercices réguliers à cet égard⁵⁻⁸. L'objectif est de faire en sorte que tous les praticiens possèdent des compétences en communication suffisantes pour relever les défis médicaux qui se présentent au quotidien.

Si l'on comparait la communication à un médicament, pour utiliser une métaphore, on pourrait dire que c'est notre plus puissant « traitement ». Aussi, au même titre qu'un médicament, la communication n'est ni une solution universelle ni une panacée. Il faut l'utiliser à la bonne « dose », au bon moment, et l'adapter aux besoins de la situation. Elle peut jouer le rôle de « placebo » (une bonne communication améliore les choses) ou de « nocebo » (une mauvaise communication empire

les choses)^{2,3}. Bien communiquer peut aussi réduire le risque de poursuites judiciaires et préserver la réputation de l'hôpital. Bref, la communication est l'affaire de tous. En ce sens, elle doit être enseignée aux stagiaires, attendue des praticiens et renforcée par l'administration²⁻⁴.

L'importance de la communication étant de plus en plus reconnue, l'acceptation de la nécessité de renforcer et de propager les notions théoriques et pratiques de communication en soins aigus va aussi en augmentant²⁻⁴. Dans le présent chapitre, nous présenterons les modèles scientifiques et les applications pratiques de la théorie de la communication. En plus du modèle classique émetteur-message-récepteur, ce chapitre examinera trois autres perspectives de la communication : en contexte de relations sociales, comme outil de négociation en présence de différents points de vue et en tant que réseau composé d'éléments humains et non humains. Nous insisterons également sur le fait que ces fondements théoriques peuvent dépasser le cadre habituel des situations de crise médicale en soins aigus. Les enseignements que l'on en tire peuvent aussi être appliqués à d'autres situations de communication difficile plus courantes, comme la dynamique entourant les changements dans la composition d'une équipe, les états évolutifs des patients et l'augmentation de la prise de décisions partagées. Le contenu de ce chapitre se base sur un large éventail de disciplines. Notre objectif consiste à traiter la communication avec le respect qu'elle mérite, tout en évitant les clichés et les platitudes. Plus précisément, nous espérons faire connaître des stratégies pratiques et approfondir la compréhension de la communication au-delà des modèles qui ont dominé jusqu'à présent.

La communication ne se limite pas à ce qui est dit

Une bonne communication ne se restreint pas à la parole. Elle agit comme un traitement important qui améliore (ou altère) l'exécution d'une tâche, stimule (ou freine) l'échange d'information et favorise (ou empêche) l'établissement de relations²⁻⁴. La communication ne se résume pas à ce qui est dit, elle englobe aussi la façon dont c'est dit et comment on le comprend².

À la lumière de ce qui précède, la communication non verbale (qui comprend la posture, les expressions faciales, les gestes et le contact visuel) et la communication paraverbale (qui comprend le débit de parole, le ton, le volume et l'intonation) sont tout aussi importantes que la communication verbale^{2,3}. L'expérience de pensée qui suit s'applique à des situations où il y a incohérence entre les mots utilisés et l'expression faciale ou le ton²⁻⁴. Si un collègue nous dit « Je n'ai pas besoin de ton aide. » sur un ton qui laisse supposer le contraire, il est probable que nous accordions plus d'importance au non verbal qu'au verbal. Il est aussi possible que notre réaction se fonde sur des interactions antérieures que nous avons eues avec le locuteur (p. ex., « Susie ne veut jamais d'aide de personne... peu importe ce qu'elle dit. »). Dans les deux cas, nous chercherions probablement à aider notre collègue, mais à quel prix? Au mieux,

l'incohérence peut accroître le risque d'interprétation erronée; au pire, elle peut compromettre le travail d'équipe²⁻⁴. Notre interprétation de la position dans laquelle se trouve notre collègue implique une intervention dans sa prise de décisions, ce qui peut causer des sentiments, quoique mineurs, de négativité, de colère ou de ressentiment, ou encore une rupture de collégialité. Il est donc important de « dire ce que l'on pense et de penser ce que l'on dit ».

Par ailleurs, les praticiens doivent comprendre qu'il n'est pas vraiment possible de « ne pas communiquer », puisque ne rien dire du tout transmet aussi un message involontaire. Le silence, par exemple, peut être faussement interprété comme l'expression d'un accord ou d'un désaccord, d'un appui ou d'un manque d'intérêt, d'une collaboration ou d'un contentement⁹. Les ouvrages de recherche sur la sécurité ont tendance à considérer le silence comme étant problématique et à encourager – en fait, à obliger – tous les membres de l'équipe à s'exprimer, et à le faire sans équivoque, peu importe le rang qu'ils occupent⁵. Cette recommandation est logique quand on sait que les catastrophes qui surviennent dans le monde de la médecine et de l'aviation ont été associées à une retenue et une timidité excessives. Cela dit, de la même façon que les pilotes professionnels insistent sur la nécessité de contrôler les communications lorsque l'avion est à moins de 10 000 pieds d'altitude, les professionnels en réanimation clinique doivent s'assurer que la communication verbale se limite aux interventions ciblées et orientées vers un but.

Dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'un membre de l'équipe doit envisager ou réaliser une intervention complexe, un silence temporaire est exactement ce qu'il faut. Ainsi, force est de reconnaître que le lien entre les paroles ciblées et l'écoute active est nuancé et fluide. En outre, déterminer quand il y a lieu de s'exprimer et quand il faut écouter devient une tâche encore plus complexe si l'on tient compte de l'incidence du déséquilibre des pouvoirs, de la hiérarchie et des expériences passées. En fait, ces considérations ne concernent pas seulement les médecins, mais bien tous les membres de l'équipe médicale de même que les patients ou leurs représentants légaux¹⁰. Voilà pourquoi nous nous sommes penchés sur la pratique et la théorie qui sous-tendent la communication en milieu médical.

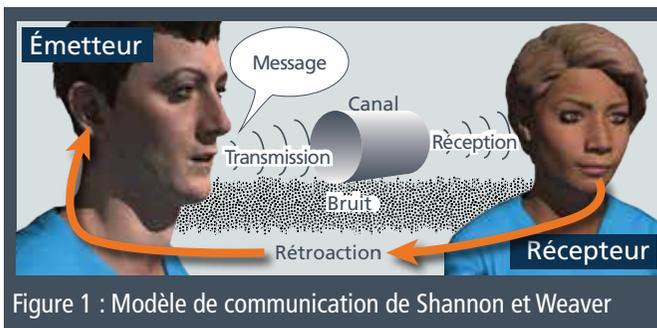
Approches théoriques de la communication

Comme nous l'avons vu, la science et la pratique de la communication sont source de complexité. Les chercheurs en communication ont formulé quatre approches dominantes de la communication : une approche mécaniste, une approche rhétorique, une approche systémique et une approche sociomatérielle. Les valeurs et les limites de chacune d'elles sont prises en considération. Des exemples pratiques et des conseils sont aussi fournis.

Approche mécaniste de la communication

L'approche mécaniste décrit la communication en la divisant en trois composantes :

l'émetteur, le message et le récepteur. Le modèle de communication de Shannon et Weaver est un exemple de cette approche. Issu des télécommunications, ce modèle a déjà été appliqué à la communication



en milieu médical². Dans ce modèle, les émetteurs (ceux qui parlent) encodent les messages et les récepteurs (ceux qui écoutent) les décodent (figure 1). Parmi les difficultés de communication mises en évidence par ce modèle, on compte les « interférences lors de la transmission du message » et la « surcharge du canal de communication » résultant de messages trop compliqués. Pour éviter une surcharge, laquelle peut causer de l'indécision, le récepteur doit être en mesure de décoder le message pour en extraire l'information utilisable. À titre d'exemple, dans le domaine clinique des soins aigus, un praticien compétent recevra des « données » (p. ex., « Sa saturation baisse malgré une ventilation au ballon-masque. »), mais sera en mesure de les convertir en « information » (p. ex., « Nous devons procéder différemment : ajouter une valve de PEP; essayer la ventilation au ballon-masque à deux mains; préparer l'intubation. »)²

Les approches mécanistes, comme le modèle de Shannon et Weaver, attirent l'attention sur les composantes individuelles d'une situation de communication. Ce type d'approche peut donc être utile lorsque nous examinons les rôles et les responsabilités associés aux communications en soins aigus. Par exemple, le modèle SAER (situation, antécédents, évaluation, recommandation) tient compte des sources fréquentes de bruit ou d'interférence et encourage des pratiques qui renforcent l'encodage et le décodage des messages²⁻⁴. Selon la technique SAER, les communicateurs du domaine des soins aigus doivent bien comprendre qu'une partie essentielle de leur rôle consiste à être à la fois entendus et compris; si ce n'est pas le cas, ils doivent reformuler ce qu'ils essaient de dire. De même, les professionnels qui jouent le rôle de collaborateurs en soins aigus doivent pour leur part s'assurer de comprendre parfaitement les messages qui leur sont communiqués et demander des précisions au besoin.

Aussi utiles soit-elles, les perspectives abordées dans l'approche mécaniste ne parviennent pas à couvrir tous les aspects qui entourent la communication en contexte de soins médicaux aigus. Premièrement, l'accent mis sur les « composantes » (émetteur, récepteur) plutôt que sur les « liens entre les composantes » fait en sorte que l'approche mécaniste ne tient pas pleinement compte des facteurs relationnels, comme la hiérarchie interdisciplinaire²⁻⁴. Deuxièmement, la caractérisation de la communication à titre de processus linéaire et unidirectionnel (de l'émetteur au récepteur) ne tient pas compte de la nature multidirectionnelle des communications en milieu clinique, surtout au sein

des équipes de réanimation ou lors de situations cliniques chaotiques. Enfin, l'approche mécaniste se concentre respectivement sur les « données » et « l'information » en tant que message encodé et décodé, mais ne précise pas le rôle de la signification. C'est que les professionnels en soins aigus ne se contentent pas d'évaluer passivement les données et l'information, ils leur donnent une signification. Essentiellement, c'est pour cette raison que les membres d'une équipe ne peuvent pas tenir pour acquis que leurs collègues feront part de leurs réflexions concernant l'état d'un patient ou les priorités cliniques du jour².

En dépit de ces limites, l'approche mécaniste fournit des conseils cliniques utiles. Par exemple, nous devrions porter attention aux facteurs situationnels qui peuvent entraîner de l'interférence lors de la transmission du message. C'est le cas par exemple du niveau de bruit dans l'aire de réanimation ou de l'absence d'indices non verbaux causée par le port d'un masque chirurgical. Cette approche valorise également la communication « dirigée par l'émetteur », où il est de la responsabilité de celui qui parle de se faire comprendre, plutôt que la communication « dirigée par le récepteur » où il est de la responsabilité de celui qui écoute de comprendre ce qu'on veut dire^{2,5}.

L'approche mécaniste souligne les avantages découlant de la mise en place de mécanismes qui favorisent la transmission de messages précis, comme « la règle des trois C » : citer les noms (pour éviter la dilution des responsabilités), être clair et concis (pour éviter la confusion) et clore la boucle (pour confirmer que la tâche a été accomplie)^{2-4,8}. Cette dernière stratégie (communication en boucle fermée) prévoit explicitement une boucle de rétroaction dans les mécanismes de communication. À titre d'exemple, on peut dire à un résident de procéder à l'intubation et de venir nous voir une fois qu'il a terminé (ou de nous communiquer le taux de CO₂ en fin d'expiration), ou encore demander à une infirmière d'augmenter l'oxygène à 100 % et d'indiquer la saturation à voix haute toutes les minutes. Comme on peut le voir, il existe plusieurs façons de boucler la boucle. Mais ce qu'il faut retenir, c'est que cette stratégie permet de confirmer que les directives ont été entendues, comprises et appliquées.

Les guides de communication ou trucs mnémotechniques peuvent aussi fournir un cadre de référence lors de tâches de communication complexes. Le tableau 1 résume cinq guides souvent utilisés en communication médicale.

Ce genre de méthodes peut aider, mais il faut les voir comme des stratégies et non pas comme des directives à suivre à la lettre. Lorsqu'on les utilise, il faut se garder d'automatiser ses communications à un point tel que toute nuance ou possibilité de dialogue est réprimée.

Approche rhétorique de la communication

Tandis que la médecine de soins aigus était auparavant axée sur la découverte scientifique et le progrès technologique, on considère de plus en plus la médecine comme un système social complexe^{2,9,11}. L'approche rhétorique de la communication repose sur la prémisse que la rhétorique, soit l'art de la persuasion, est à la base de toutes

Tableau 1 : Cinq guides souvent utilisés en communication médicale

Guide	Stratégie	
Calgary-Cambridge Guide	<ol style="list-style-type: none"> 1. Commencer l'entrevue 2. Recueillir l'information 3. Structurer l'entrevue 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Construire la relation 5. Expliquer et planifier 6. Terminer l'entrevue
GREAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Greetings/goals (salutations/objectifs) 2. Rapport 3. Evaluation/expectation/examination/ explanation (évaluation/ attentes/ examen/explication) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Ask/answer/ acknowledge (demander/répondre/ reconnaître) 5. Tacit agreement/thanks (accord tacite/ remerciements)
LAURS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Listening (écoute) 2. Acceptance (acceptation) 3. Utilization (utilisation de mots appropriés) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Reframing (reformulation) 5. Suggestion
VALUE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Value statements from family (accorder de l'importance aux déclarations de la famille) 2. Acknowledge emotions (tenir compte des émotions) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Listen (écouter) 4. Understand the patient as a person (comprendre le patient en tant que personne) 5. Elicit questions (recueillir les questions)
SPIKES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Settings (environnement) 2. Patient perception (point de vue du patient) 3. Invite to share (ce que le patient est prêt à entendre) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Knowledge transmission (transmission des connaissances) 5. Emotions and empathy (émotions et empathie) 6. Summarize and strategize (résumer et établir une stratégie)

les communications. La communication étant un acte social, elle prend forme dans le cadre de relations entre des personnes dont les objectifs, les points de vue et les valeurs sont en partie partagés et en partie opposés. Selon le modèle rhétorique, le processus de communication implique un locuteur dont l'objectif consiste à persuader un auditoire à rejoindre un espace temporaire ou permanent dans lequel les objectifs, les points de vue et les valeurs sont partagés. Par exemple, dans une situation clinique critique, un anesthésiste pourrait tenter de persuader les autres membres de l'équipe d'accorder la priorité à l'intubation par rapport à d'autres aspects de réanimation. En cas d'opposition de la part des membres de l'équipe, une approche rhétorique pourrait faire valoir que l'incapacité de l'anesthésiste de persuader ses collègues réside dans la manière d'exprimer son opinion, mais aussi dans l'inhabilité d'articuler la communication autour des objectifs, des valeurs et des points de vue concurrents de l'équipe.

Dans un modèle rhétorique, la communication ne se limite pas aux composantes émetteur–message–récepteur décrites dans le modèle mécaniste (que l'on appelle généralement locuteur–contenu–auditoire dans un modèle rhétorique; figure 2). En effet, ce type de modèle comporte deux autres composantes importantes : le but et le contexte¹¹. Ainsi, les messages ne sont pas construits de manière neutre; ils sont construits dans l'optique d'atteindre un but dans un contexte social. Selon l'approche rhétorique, ce sont les liens entre ces éléments qui déterminent l'efficacité de la communication.

Tandis que l'approche mécaniste nous aide à comprendre comment donner et recevoir des ordres durant une crise médicale aiguë, l'approche rhétorique, quant à elle, se prête bien à la compréhension des communications plus complexes sur le plan social. Par exemple, après la résorption d'une crise relative à l'état hémodynamique ou aux voies respiratoires, d'autres priorités font surface. Il faut notamment déterminer ce qui constituerait une qualité de vie acceptable ou encore s'il serait mieux d'accorder moins d'importance aux

traitements de maintien des fonctions vitales afin de se concentrer sur le confort du patient et les visites de la famille. L'approche rhétorique met en lumière la façon dont les buts concurrents poursuivis par l'équipe de soins aigus, le patient et différents membres de la famille peuvent avoir une incidence sur la communication dans ce type de situation clinique nuancée et évolutive.

L'approche rhétorique de la communication tient aussi compte du rôle des genres, soit les formes de communication normalisées et approuvées. Les genres sont des interventions reconnaissables qui sont familières et acceptables aux yeux d'une communauté.

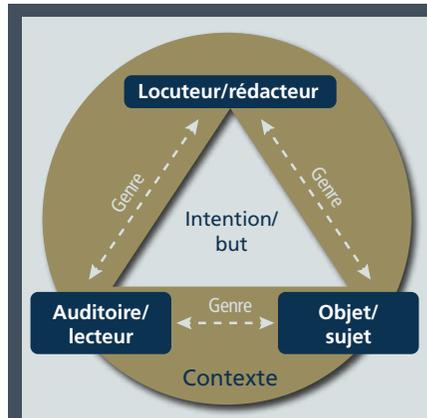


Figure 2 : Modèle rhétorique de la communication

Les genres peuvent être de puissants outils de communication, puisqu'ils confèrent une signification sociale adaptée au contexte et qui dépasse le contenu. Par exemple, la technique SAER est un genre qui a pris naissance dans le domaine militaire et le milieu de l'aviation, mais qui a ensuite été adopté dans le domaine des soins de santé^{3,4,12}. Cette technique vise à organiser les échanges de façon à ce qu'un membre de l'équipe puisse rapidement orienter un autre membre concernant une situation clinique dans le but d'obtenir son aide.

Si l'on considère que SAER est une technique reconnue et approuvée sur le plan clinique, le recours à celle-ci est donc plus susceptible d'aider les membres de l'équipe en début de carrière à atteindre leur objectif de communication, surtout si on la compare à un autre genre non approuvé¹³. Voici un exemple d'application de la technique SAER :

Situation : « Ici le Dr X, j'ai besoin de votre aide maintenant. »

Antécédents : « Je n'arrive pas à oxygéner ou à ventiler ce patient. »

Évaluation : « L'intubation est un échec. »

Recommandation : « Apportez-moi le nécessaire pour procéder à l'ouverture chirurgicale des voies respiratoires. »

Bien entendu, le contenu est important, mais dès que l'auditoire reconnaît le genre SAER, il peut déduire l'objectif de communication du locuteur et même prédire ce que ce dernier peut vouloir obtenir des autres.

Or, l'approche rhétorique nous rappelle que les genres ne sont ni permanents ni neutres. Ils sont plutôt dynamiques, de nature sociale et parfois très contestés. Les efforts de mise en place de nouveaux genres, comme une liste de vérification chirurgicale, peuvent se heurter à une résistance tenace ou donner des résultats mitigés qui sont difficiles à interpréter¹⁰. Ce n'est peut-être pas le contenu qui suscite une telle résistance, mais plutôt le but visé sur le plan social (p. ex., l'impression que le but visé par l'administration est de dicter, normaliser ou régenter la façon dont les cliniciens communiquent au sein de leurs équipes). Ainsi, l'approche rhétorique reconnaît que les genres ont le pouvoir de contenir les idées, de même que de façonner les idées et les pratiques qui suivent. L'enseignement des genres consiste donc à façonner les pensées et les actions des praticiens et, par voie de conséquence, les liens entre celles-ci (pas seulement les mots qu'ils utilisent).

Le modèle P.A.C.E. (probing–alerting–challenging–emergency communication) offre un exemple d'utilisation d'une structure générique pour réorganiser les relations sociales classiques. Ce modèle commence par des questions exploratoires (probing), suiv-

ies d'un avertissement (alerting) et d'une contestation (challenging), puis se termine par une communication d'urgence (emergency communication), progressant ainsi du moins direct au plus direct. Sans cette structure, les membres de l'équipe peu expérimentés risquent de s'en tenir à des insinuations (p. ex., « Peut-être est-il temps d'essayer une autre façon de faire. »), alors que les membres plus chevronnés risquent de favoriser inutilement les directives brusques (p. ex., « Je vais prendre les commandes maintenant. »)¹⁴. Le genre P.A.C.E. est une tentative d'orchestration du contenu des communications, allant de passif à directif. Il vise aussi à prévoir les relations sociales habituelles qui peuvent nuire à la communication sécuritaire en situation de crise.

Approche systémique de la communication

La méthodologie systémique est une approche interdisciplinaire qui s'intéresse aux besoins des clients et au développement de concepts. Au sens large, alors que la méthodologie des systèmes « rigides » nous aide à trouver des solutions techniques pour répondre aux besoins des clients, la méthodologie des systèmes souples vise à comprendre quels sont ces besoins et comment ils sont interreliés lors d'interactions entre plusieurs personnes. Dans la méthodologie des systèmes souples, les relations entre les participants à une situation donnée sont appelées interactions et les angles sous lesquels les participants voient les choses sont appelés perspectives¹⁵⁻¹⁷. Ainsi, puisqu'il existe différentes interactions et perspectives, les interprétations, les points de vue et les priorités diffèrent également (figure 3)^{13,18}. S'il est vrai que les différences sont à prévoir, il est aussi vrai que ces différences sont complémentaires et supplémentaires. L'application de la méthodologie des

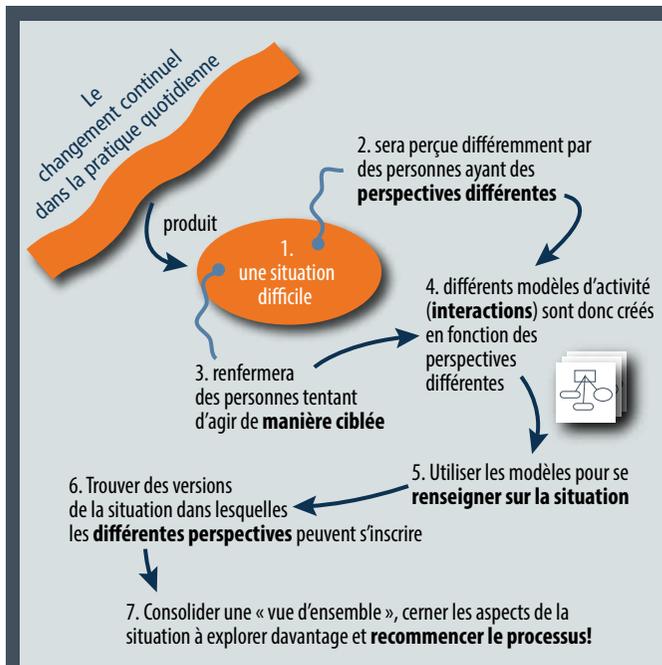


Figure 3 : Cycle d'apprentissage selon l'approche systémique (adaptation de Checkland 2000)

systèmes souples comme approche de communication s'appelle la « conception en tant que dialogue ». Durant les crises aiguës, cette approche nous aide à reconnaître la nécessité de mettre en place des stratégies liées à la négociation des rôles et des limites.

La présentation d'un exemple de situation clinique, comme un arrêt cardiaque, permet de comprendre que la réussite ou l'échec de la communication dépend de l'intégration de plusieurs perspectives. Notamment, il peut être nécessaire de tenir compte des perspectives du personnel infirmier concernant la façon d'assurer des compressions thoraciques constantes et efficaces, de la perspective du résident en anesthésiologie au sujet de la manière de procéder à l'intubation pendant que les compressions thoraciques sont encore en cours, de la perspective du résident de l'unité de soins intensifs sur la nécessité d'établir un accès veineux central alors qu'il y a un attroupement autour du lit, ou encore de la perspective du médecin traitant concernant la nécessité de transférer le patient dans les plus brefs délais.

Les différentes perspectives peuvent être interprétées comme un simple ensemble de problèmes individuels. En réalité, les interactions entre plusieurs perspectives contribuent collectivement à définir et à redéfinir la communication qui s'effectue au sein d'une équipe. En théorie, si les différentes perspectives donnent simultanément lieu à une réanimation effectuée de façon complémentaire, le patient en ressort gagnant. À l'inverse, si ces différentes perspectives entraînent des querelles interpersonnelles ou une incapacité de comprendre les préoccupations des autres membres de l'équipe, le patient en souffre.

En ce qui concerne la communication en contexte de soins aigus, la méthodologie des systèmes souples est une approche utile pour la coordination des activités et l'atteinte d'un modèle mental commun. Bien que la méthodologie des systèmes souples ne prescrive pas de méthode de communication particulière, certaines stratégies en illustrent les principes. Par exemple, la stratégie « indiquer à voix haute »^{2-4,19} peut être utilisée pour permettre aux membres de l'équipe d'énoncer les changements à mesure que la situation évolue (p. ex., « Le patient désature. »). De même, la méthode « prendre du recul » peut aider les membres de l'équipe à prévoir des « temps d'arrêt » pour confirmer que les perspectives multiples au sujet du diagnostic continuent de converger ou déterminer comment les priorités ont évolué. Cette stratégie oblige l'équipe à réévaluer les suppositions (p. ex., « Sommes-nous certains que le tube endotrachéal est passé à travers les cordes vocales? »).

La méthode « répéter ce qui a été dit »^{2-4,20} peut aider à confirmer l'existence d'une compréhension mutuelle en présence de perspectives multiples (p. ex., « Donc, allons-nous opter pour un dispositif extraglottique ou pour une trachéotomie afin de rescaper les voies respiratoires? »). C'est aussi un moyen de s'assurer que tout le monde comprend les interactions qui sont sur le point de se produire avant de procéder (p. ex., « Donc, vous voulez d'abord qu'on apporte l'équipement pour la gestion des voies respiratoires difficiles, et vous voulez ensuite qu'on place le vidéolaryngoscope dans votre main gauche. »).

En raison de l'importance accordée aux interactions et aux perspectives, la méthodolo-

gie des systèmes souples permet aussi de comprendre les communications relatives aux soins intensifs dans des situations moins aiguës, mais tout aussi importantes, et dans les cas où il y a convergence entre l'individu et le système. Cette approche insiste sur le fait que la prise de décisions n'exige pas seulement une transmission de données. Les patients sont considérés comme des gens ayant leurs propres perspectives et valeurs (au-delà de la maladie) et faisant partie d'un « système de survie » complexe qui comprend la famille, les amis et même la collectivité dans son ensemble^{20,21}.

Approche sociomatérielle de la communication

L'approche sociomatérielle de la communication (figure 4) attire l'attention sur le fait que la communication ne fait pas seulement intervenir des humains; d'autres objets y jouent aussi un rôle.

Par exemple, l'Internet est un instrument technologique qui facilite et définit la pratique humaine consistant à chercher de l'aide auprès des autres. Dans cette même perspective, durant les réanimations, les machines, cathéters et tubulures que nous utilisons ont aussi une incidence sur notre façon de communiquer. Ainsi, pour comprendre comment les membres d'une équipe médicale communiquent entre eux, nous devons non seulement nous attarder aux personnes, mais aussi aux objets qu'elles utilisent pour faire leur travail²². En médecine, le dossier médical électronique (DME) constitue un exemple concret. Cet objet a changé de façon radicale (pour le meilleur ou pour le pire, selon les points de vue) la communication entre les membres des équipes médicales.

Bien que le DME facilite les échanges d'information entre les fournisseurs de soins de santé, il peut poser des défis lorsque différents membres de l'équipe ont des opinions divergentes au sujet de l'information qu'il contient et la qualité de celle-ci. Cette situation peut rendre difficile le consensus sur la façon d'établir un ordre de priorité en ce qui a trait à l'information. Reconnaître et comprendre l'influence des objets ou de la technologie sur les interactions entre les membres d'une équipe pourrait permettre d'ajuster les comportements de communication. Une solution partielle serait de mieux distinguer le rôle auxiliaire du DME, qui sert de supplément et non pas de rem-

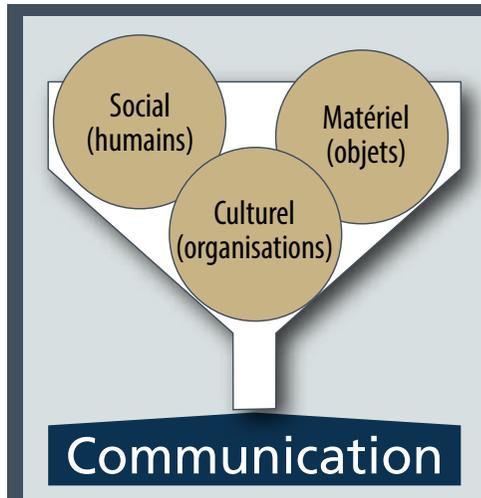


Figure 4 : Approche sociomatérielle de la communication

placement aux discussions téléphoniques ou en personne entre les fournisseurs de soins.

La médecine moderne a connu une prolifération de modèles d'ordonnances normalisés et de systèmes informatiques. Lorsqu'on les utilise de la bonne façon, ces outils peuvent atténuer les surcharges cognitives, l'inattention, les biais et l'imprévisibilité. Par contre, trop se fier à la technologie et aux listes de contrôle peut faire en sorte que le patient ne reçoive plus autant d'attention en personne et de contacts verbaux, ou qu'il ait le sentiment que le lien humain s'effrite. Le fait de cocher des cases et de cliquer sur des icônes peut donner l'impression d'offrir des soins complets en utilisant des technologies à la fine pointe. Mais malheureusement, cela risque aussi de justifier le fait de ne pas consacrer autant d'énergie à offrir des soins personnalisés et empreints d'empathie.

En se fiant trop aux réponses technologiques, on pourrait être tenté de se soustraire aux conversations émotionnellement épuisantes concernant ce qui est bien et ce qui est mal plutôt que ce qui est possible sur le plan technologique. Il faut éviter de créer un système dans lequel il est plus facile de s'occuper de l'ordinateur que du patient, et où il est plus facile de communiquer avec un écran qu'avec un être humain qui a besoin d'aide.

Résumé

En médecine, la communication est sans doute la compétence non technique la plus importante. C'est particulièrement le cas en médecine de soins aigus, où la collaboration entre différents groupes de professionnels de la santé et patients ou proches est nécessaire, et où le travail d'équipe oblige à communiquer. Compte tenu de son importance, la « dextérité verbale » ne doit pas être considérée comme une compétence innée, ni laissée au hasard. Jusqu'à maintenant, les discussions concernant la communication en soins aigus avaient tendance à porter sur les situations aiguës (p. ex., les réanimations), mais cette approche est inutilement restrictive. Les communications qui peuvent se dérouler sur plusieurs jours, qui exigent de faire des choix parmi des objectifs concurrents et qui comprennent des opinions divergentes présentent un défi tout aussi grand, sinon plus.

Les quatre approches de la communication abordées dans le présent chapitre – mécaniste, rhétorique, systémique et sociomatérielle – attirent l'attention sur différents aspects de la communication. L'approche mécaniste permet d'en examiner trois composantes distinctes (émetteur, message, récepteur), l'approche rhétorique met l'accent sur les relations sociales, l'approche systémique tient compte de la négociation nécessaire en présence de perspectives différentes et l'approche sociomatérielle prend en compte les éléments matériels qui sont souvent négligés dans les considérations centrées sur l'humain en matière de communication. Prises individuellement, ces approches ne suffisent pas, mais si on les réunit, elles peuvent aider à comprendre la complexité des communications dans le milieu des soins de santé et donner des indications pratiques et utiles.

Références

1. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004;13 (suppl):i85-90.
2. St Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C. Crisis management in acute care settings: Human factors and team psychology in a high stakes environment. New York (NY): Springer; 2008.
3. Cyna AM, Andrew MI, Tan SG, et al. Handbook of communication in anaesthesia & critical care: A practical guide to exploring the art. Oxford (UK): Oxford University Press; 2010.
4. Brindley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *J Crit Care*. 2011;26(2):155-9.
5. Rall M, Gaba D. Human performance and patient safety. In: Miller R, editor. *Miller's anesthesia*. Philadelphia (Pa): Elsevier Churchill Livingstone, 2005. p. 3021-72.
6. Aron D, Headrick L. Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: It requires a systematic approach. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(2):168-73.
7. Brindley PG. Patient safety and acute care medicine: Lessons for the future, insights from the past. *Crit Care* 2010;14(2):217-22.
8. Brindley PG, Smith KE, Cardinal P, et al. Improving medical communication: Skills for a complex (and multilingual) world. *Can Respir J*. 2014; 21(2):89-91.
9. Gardezi F, Lingard L, Espin S, et al. Silence, power, and communication in the operating room. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1390-9.
10. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, et al. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med*. 2014;370(11):1029-38.
11. Lingard L, Haber RJ. Teaching and learning communication in medicine: A rhetorical approach. *Acad Med*. 1999;74(5):507-10.
12. Institute for Healthcare Improvement [Internet]. Cambridge (Mass.): SBAR technique for communication: a situational briefing model; [cited Aug 2016.]; Available from: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>.
13. Armson R. *Growing wings on the way: systems thinking for messy situations*. Devon (UK): Triarchy Press Limited; 2011.
14. Besco RO. To intervene or not to intervene? The co-pilot's catch 22. P.A.C.E. probing, alerting, challenging, and emergency warning; the integration of crew resource management with operational procedures; [Accessed Sept 9 2016];
15. Checkland P. From optimizing to learning: A development of systems thinking for the 1990s. *J Oper Res Soc*. 1985;36(9):757-67.
16. Checkland PB, Haynes MG. Varieties of systems thinking: the case of soft systems methodology. *Syst Dyn Rev*. 1994;10(2-3):189-97.
17. Checkland P. Soft systems methodology: a thirty year retrospective. *Syst Res Behav Sci*. 2000;17(Suppl1):S11-S58.
18. Cristancho S, Bidinosti S, Lingard L, et al. Seeing in different ways introducing "rich pictures" in the study of expert judgment. *Qual Health Res*. 2015; 25(5):713-25.
19. Dunn EJ, Mills PD, Neily J, et al. Medical team training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(6):317-25.
20. Black MD, Vigorito MC, Curtis JR, et al. A multifaceted intervention to improve compliance with process measures for ICU clinician communication with ICU patients and families. *Crit Care Med*. 2013;41(10):2275-83.
21. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007; 35(2):605-22.
22. Jensen CB. *Ontologies for developing things: Making health care futures through technology*. Rotterdam (the Netherlands): Sense Publishers; 2010.



La gestion des tâches en médecine de soins aigus

Auteurs : Pierre Cardinal, Michael D. Christian, Neil Jeffers, Peter G. Brindley

Réviseur : John Kim



« Ne dites jamais aux gens comment faire les choses. Dites-leur ce qu'il faut faire, et ils vous surprendront par leur ingéniosité. »

George S. Patton

Introduction

La capacité d'exécuter des tâches et d'utiliser des ressources est essentielle à la productivité, quel que soit le domaine d'activité. Par conséquent, il ne devrait pas être surprenant que ces habiletés soient également fondamentales à la prestation de soins médicaux actifs et aux efforts visant à sauver la vie de patients. Ainsi, les thèmes de gestion et/ou de coordination des tâches sont souvent (toutefois pas toujours) inclus dans les programmes de gestion des ressources de crise (GRC).

Cependant, ces thèmes figurent parmi les moins bien documentés des concepts de GRC couverts dans cet ouvrage. Alors, même s'il est relativement facile de convaincre les professionnels de la santé que la gestion et la coordination des tâches comptent, le défi de produire un guide d'introduction pratique est encore plus grand. Nous commencerons par les définitions et un cadre de base. Puis, nous nous efforcerons de passer de la théorie à la pratique. Tout comme dans le cas de chacun de nos chapitres, le but est simple, mais impérieux : sauver des vies et renforcer les équipes.

Terminologie

La gestion des tâches se définit dans ses grandes lignes comme la « gestion des ressources et l'organisation des tâches en vue de l'atteinte des objectifs¹ ». Une compréhension de base commence par la reconnaissance du fait que la gestion

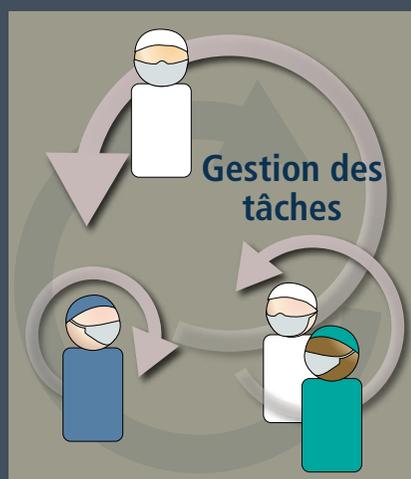


Figure 1: La gestion des tâches est une boucle de rétroaction dynamique qui fonctionne tant sur le plan individuel que sur celui d'une équipe.

des tâches s'alimente souvent de boucles de rétroaction dynamiques produites par les individus et les équipes (figure 1). Autrement dit, cela signifie que les résultats influents sur les intrants, et inversement. C'est pourquoi les soins médicaux actifs peuvent facilement devenir victimes de cercles vicieux (des informations erronées donnent lieu à une série de mauvaises décisions), et aussi pourquoi des équipes très expérimentées et compétentes peuvent sauver la vie de patients grâce à des cercles vertueux (une coordination efficace mène à une série de mesures adéquates). Certaines tâches médicales, comme l'anamnèse, l'examen physique ou l'interprétation d'une échographie, sont davantage axées sur la gestion des informations, ce qui aide à mieux comprendre la situation. D'autres tâches, comme l'établissement des priorités, la répartition, la délégation et la mobilisation des res-

sources, visent à améliorer la coordination de l'équipe et à inciter à l'action.

Les tâches associées à l'information contribuent à la formation d'un « modèle mental commun », ce qui facilite grandement la coordination^{2,3,4,5}. Ceci s'explique du fait que ce modèle mental fournit aux membres d'une équipe de soins aigus une structure et des données communes qui les aident à prévoir comment les autres membres de l'équipe seraient susceptibles de réagir⁶. Les modèles mentaux communs ont fait l'objet d'une présentation dans une autre partie de cet ouvrage. Quoiqu'il en soit, ils encouragent la coordination parce qu'ils « aident les gens à décrire, expliquer et prévoir les problèmes dans leur contexte⁷ ». Le modèle mental commun est abordé un peu plus loin.

On peut définir la coordination comme « le processus selon lequel les ressources, les activités et les interventions des équipes sont organisées, afin que les tâches soient intégrées, synchronisées et exécutées dans les limites existantes⁸ ». La coordination au sein des équipes est soit explicite ou implicite. La coordination explicite renvoie au recours à la communication délibérée pour ordonnancer les actions, alors que la coordination implicite repose moins sur la communication verbale et davantage sur une compréhension commune parmi les membres de l'équipe. Cette compréhension implicite est généralement établie avant d'entreprendre la tâche⁹, et découle d'une formation commune, de l'expérience et de l'exposition régulière. La coordination au sein des équipes devient plus implicite à mesure que celles-ci se consolident : elles savent comment intervenir sans nécessiter de fréquentes incitations verbales. En cas de doute, la coordination doit devenir plus explicite.

Vers une meilleure compréhension de la gestion des tâches

La gestion des tâches est plus susceptible de déraiper en présence d'un plus grand nombre d'étapes distinctes, d'une plus grande complexité ou d'une situation entièrement nouvelle. De même, la nécessité de coordination s'accroît afin que les choses se déroulent correctement^{1,10,11,12,13,14,15}. Quoiqu'il en soit, la psychologie a codifié ce qui semble aller de soi pour certains cliniciens spécialistes en soins aigus. Nous vous présenterons par la suite une brève explication des cadres et modèles pertinents. Nous visons à aider les cliniciens à acquérir une compréhension approfondie, tout en acceptant qu'on ne puisse remplacer le bon sens et la compétence fondée sur l'expérience.

Le cadre intrants-processus-résultats énonce que les intrants (que l'on considère généralement comme les ressources disponibles) facilitent ou entravent les processus des équipes (p. ex., la coordination, le leadership et la communication) et influent donc sur les résultats (p. ex., la mortalité des patients, la durée de l'hospitalisation)¹⁶. Les intrants, ou ressources, ne sont pas que les équipements ou les médicaments disponibles. Ils comprennent également le personnel et tout autre élément du milieu local qui peut être mis à contribution¹². Autrement dit, nous pouvons mieux définir nos ressources en ajoutant les habiletés et les systèmes au personnel, au matériel et à l'espace¹⁷ (tableau 1).

Le modèle de la charge cognitive des tâches (CCT) (figure 2) présente trois facteurs principaux d'influence sur le rendement d'une équipe : pourcentage du temps consacré aux tâches, passage à d'autres tâches et niveau de traitement des informations¹⁸.

Il est généralement admis que, pour être optimal, le temps qu'une personne consacre à l'exécution de tâches doit être de l'ordre de 70 à 80 %. Si les tâches occupent une plus grande part du temps, les gens deviennent surchargés ou bloqués sur le plan cognitif; lorsqu'elles s'étendent sur moins de temps, la charge plus faible mène à l'ennui. Fait intéressant, les travailleurs efficaces ont vraisemblablement une tendance naturelle à compenser le pourcentage de temps où ils sont occupés. En d'autres termes, il est possible que nous augmentions ou ralentissions le rythme pour arriver à être occupés environ

Tableau 1 : Exemples de ressources

	Ressources
Matériel	Équipements, fournitures, médicaments, autre
Personnel	Infirmières, spécialistes, techniciens, autre
Espace	Accès à 360°, disponibilité des lits, autre
Amplitude	Capacité mentale
Processus organisationnels	Codes, processus de recours hiérarchique

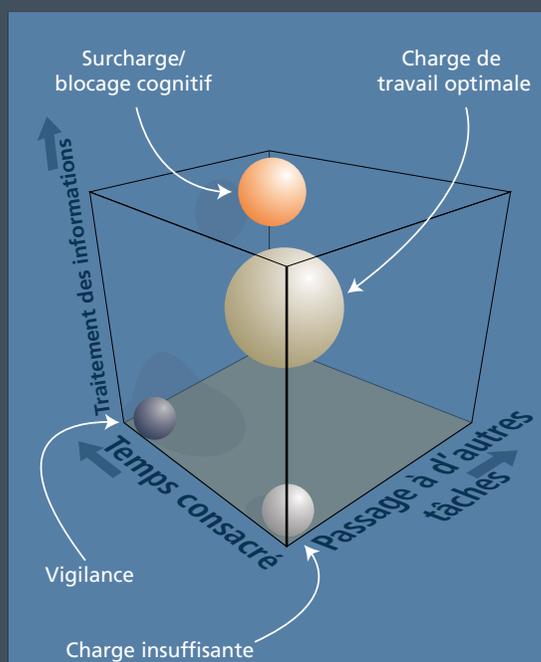


Figure 2: Le rendement est influencé par le temps consacré, le passage à d'autres tâches et le degré de traitement des informations. L'équilibre de chacun de ces facteurs crée une zone où un rendement optimal devient plus probable. Adapté de Grootjen et coll.¹⁸

les trois quarts du temps¹⁸.

La deuxième composante du modèle de la CCT, le passage à d'autres tâches, renvoie à notre souplesse cognitive, notre capacité à naviguer d'une tâche à l'autre. L'exécution de tâches diverses déstabilise et se traduit habituellement par un rendement plus lent et une précision moindre dans l'exécution de la deuxième tâche. La différence entre la répétition de la même tâche (c.-à-d. la tâche A, puis de nouveau la tâche A) et le passage à une autre tâche (c.-à-d. la tâche A, puis la tâche B) se définit comme le « coût du changement ». C'est là une des raisons pour lesquelles les leaders devraient attribuer une tâche à la fois aux membres de l'équipe, et les tâches séquentielles devraient idéalement suivre un ordre logique.

La troisième composante du modèle de la CCT, le niveau de traitement des informations,

s'explique au moyen du cadre habiletés-règles-connaissances (skill-rule-knowledge [SRK]). Ce cadre aide à prévoir les erreurs dans l'exécution de tâches différentes, ou d'une même tâche lorsqu'il faut faire appel à diverses habiletés. En mode fondé sur les connaissances, les humains accomplissent leurs tâches en y réfléchissant, plutôt que par réactions automatiques. C'est le cas lorsqu'un débutant réalise une tâche ou qu'une personne expérimentée fait face à des situations nouvelles. Le praticien déploie des efforts conscients considérables, c'est pourquoi il intervient plus lentement. Après chaque action, il doit examiner les conséquences avant de poursuivre, ce qui ralentit davantage le processus. Les praticiens peuvent également devenir épuisés sur le plan cognitif ou, en raison de la nouveauté de la situation, ils seraient dans l'impossibilité d'en prévoir la progression.

Le rendement axé sur les compétences renvoie aux actions très physiques et généralement automatiques qui sont répétées souvent. La tâche est accomplie plus rapidement en raison de la surveillance consciente minimale; cependant, le risque réside dans le fait

qu'elle est réalisée machinalement.

Entre les deux pôles du rendement axé sur les connaissances et les compétences se situe le rendement qui se fonde sur les règles. Ces règles ont généralement été apprises au cours de la formation ou en imitant les autres. Elles sont comprises et ont été pratiquées à des degrés variés. Une rareté de ressources constitue évidemment un défi considérable, mais il peut en être de même dans le cas de ressources abondantes¹⁹.

La plupart des praticiens ont pratiqué des réanimations ayant espéré l'assistance d'autres personnes. Cependant, la majorité a également réalisé cette intervention au cours de laquelle ils étaient soulagés de n'avoir personne autour d'eux. Au cours de la journée, l'intervention d'un plus grand nombre de membres du personnel peut être soit bienvenue, soit oppressante. Durant la nuit, le manque de personnel peut susciter des sentiments d'insécurité ou de libération. L'équipe « Boucles d'or » est celle qui comporte le bon nombre de membres possédant les habiletés nécessaires. Ce n'est pas qu'un nombre; il s'agit d'un groupe de personnes qui possèdent collectivement toutes les habiletés manuelles et cognitives requises. Ce sont également des personnes qui ont « ce qu'il faut », notamment la capacité de coordonner la transmission d'informations et d'exécuter les tâches, peu importe les écueils qui peuvent se présenter.

Amélioration de la gestion des tâches

L'amélioration de la coordination en situation de crise sous-entend la compréhension et l'application de trois concepts fondamentaux : un modèle mental commun juste, une coordination implicite et une normalisation des tâches, ainsi que des connaissances interpositionnelles.

Le modèle mental commun

L'établissement de modèles mentaux exacts, soit des modèles qui présentent un portrait réaliste de ce qui se produit et de ce qui est nécessaire, est associé à une amélioration du rendement des équipes^{2,3,4,5}. Il semble aller de soi que les tâches sont mieux gérées lorsque les équipes ont une meilleure compréhension. Dans ce cas, il s'ensuit que la coordination au sein des équipes signifie qu'une période suffisante (ni trop brève, ni trop longue) est consacrée à l'établissement et à la mise en commun de ces modèles. Il n'en est pas toujours ainsi, particulièrement dans des situations caractérisées par le stress, la distraction et le chaos. Les problèmes de communication sont courants durant les urgences médicales^{20,21,22,23}. De plus, bien qu'il soit important de partager un modèle mental précis, c'est ce que l'on fait avec ce modèle qui importe le plus. Tout comme dans le cas du désir de certitude diagnostique, l'excès d'analyse peut paralyser les tâches. Les soins aigus se caractérisent principalement par des modèles mentaux axés sur l'action, et nous demandons rarement des informations pour le simple fait de les obtenir.

Les modèles mentaux ne sont pas statiques; ils évoluent durant une situation de crise au fil de la collecte et de l'interprétation des données. En outre, les données ne sont pas recueillies au hasard. Au contraire, comme il en a été fait mention dans le chapitre sur la

conscience situationnelle, notre attention est activée lorsque nous reconnaissons des indices environnementaux. Au début, nos modèles mentaux sont généralement primitifs parce qu'ils se fondent sur peu d'informations. Cela ne veut pas dire pour autant qu'ils ne sont pas importants; après tout, ces modèles mentaux initiaux peuvent représenter tout ce dont nous disposons pour sauver la vie du patient in extremis.

Aux soins intensifs, notre premier examen (voies aériennes, respiration, circulation) éclaire le modèle mental initial pour une grande part. Même s'il est établi rapidement, ce modèle incomplet et mal différencié éclairera les premières interventions potentiellement dangereuses, comme l'intubation et le recours à des drains thoraciques et des vasopresseurs. Lorsque l'état du patient est stabilisé, l'équipe peut passer à la collecte d'informations supplémentaires et à l'élargissement du modèle mental. Cette progression offre un modèle plus nuancé et une compréhension plus complète, menant de ce fait à un traitement plus ciblé. Là aussi, les paramètres de la situation — notamment le degré de stabilité de l'état du patient et les ressources à disposition — indiquent combien de temps et d'efforts on devrait consacrer à la gestion des informations par rapport à la gestion des tâches.

Comme nous l'avons décrit précédemment, il y a peu d'avantages et tout de même quelques risques à passer trop de temps à la collecte d'informations. Par exemple, si une détresse respiratoire accompagnée d'un stridor se présente chez un patient demeurant longtemps aux soins intensifs et que l'on vient d'extuber, peu d'informations supplémentaires seraient nécessaires. Il sera plus important de rétablir l'accès aux voies aériennes et de minimiser les délais. Le modèle mental devrait par conséquent refléter la priorité de la nouvelle intubation et l'importance d'éviter d'autres distractions. En revanche, dans le cas d'un patient en état de choc circulatoire léger, il serait très approprié d'investir du temps à établir l'étiologie et à élargir le diagnostic différentiel; autrement, on poursuivrait la réanimation à l'aveuglette.

Une grande part de l'art de la gestion des tâches repose sur la compréhension de la nécessité d'agir et de penser, de même que sur celle d'éviter de laisser l'un de ces actes en déstabiliser un autre. Nous avons insisté sur l'importance de l'action, mais celle-ci doit être équilibrée par rapport à une compréhension de nos biais perceptuels et cognitifs. Ces biais ont tendance à nous amener à fermer notre esprit prématurément et à nous accrocher au premier diagnostic qui nous est venu. Cette propension à une fermeture prématurée nous signale que nous devons faire preuve de discipline afin d'éviter de négliger d'autres possibilités, et qu'il nous faut être assez consciencieux pour faire un effort supplémentaire²⁴. Une fois la crise résolue (c.-à-d. que l'on a rétabli une stabilité relative des voies aériennes, de la respiration et de la circulation), l'équipe devrait redoubler d'efforts pour examiner les données disponibles et rechercher de nouveaux indices. Cela comprend tant les constats cliniques négatifs que positifs pertinents.

Les équipes médicales confrontées à des situations complexes entièrement nouvelles consacreront habituellement plus de temps à discuter, et à élaborer et partager leurs modèles mentaux, parce que l'apport des différents membres de l'équipe enrichit le modèle et augmente la probabilité que tous les membres soient sur la même longueur

d'onde. Par conséquent, plus les chevauchements entre les modèles mentaux individuels sont importants (c.-à-d., plus le modèle mental partagé est semblable), meilleur devrait être le rendement de l'équipe^{2,3,5}. Par ailleurs, si une intervention est urgente, simple ou normalisée, l'exécution des tâches doit être rationalisée sans tarder.

Coordination implicite et normalisation des tâches

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la coordination implicite renvoie à la reconnaissance par les membres d'une équipe d'une situation pour laquelle il existe un plan d'action familier et à la coordination des actions de chacun sans nécessité de discuter ou débattre longuement⁹. Cette coordination est considérée comme étant implicite parce que dans nombre de situations, les membres de l'équipe savent naturellement ce qu'ils doivent faire et dans quel ordre. Les membres de l'équipe connaissent déjà les priorités, savent qui fera quoi (c.-à-d. qu'ils ont prédéterminé le processus des soins) et s'ils auront besoin de ressources humaines ou matérielles supplémentaires (c.-à-d. s'il faudra modifier la structure existante de l'équipe).

La coordination implicite est illustrée par une équipe qui semble surgir de nulle part. Par exemple, l'infirmière sait qu'elle doit commencer le dossier du patient pendant qu'une autre personne met en place un cathéter intraveineux et qu'une autre prépare le mélange des perfusions, et qu'entre-temps, l'inhalothérapeute se tient prêt à intuber si cela devient nécessaire. Ces tâches se déroulent rapidement et relativement en silence. Les gestes sont automatiques, posés avec compétence, et rassurants. De toute évidence, les réactions normalisées sont très utiles. Cependant, en dépit des apparences, ces équipes peuvent encore avoir une compréhension imparfaite des habiletés de leurs membres, de l'environnement et des particularités du patient. Autrement dit, la répartition appropriée des tâches est relativement simple, mais uniquement si les hypothèses sont correctes. Dans une situation qui n'est pas familière ou qui surgit inopinément, cette répartition devient beaucoup plus complexe¹².

Heureusement, les subordonnés de l'équipe peuvent aussi répartir adéquatement les tâches entre eux. Les membres expérimentés peuvent même le faire tranquillement et efficacement sans directives du leader. La coordination implicite libère le leader qui peut alors consacrer son énergie à la supervision et la réflexion plutôt que sur les directives et la délégation. Les leaders doivent toutefois recourir à la coordination explicite lorsque le plan d'action se situe hors de la zone de confort de l'équipe. Par exemple, le leader devrait se montrer plus explicite au sujet de la répartition et de la séquence des tâches lorsque l'équipe utilise un équipement dont le fonctionnement ne lui est pas familier ou qu'elle est confrontée à un diagnostic peu courant. Les ressources, l'expérience, la formation, la fatigue, divers patients à traiter en même temps et d'autres facteurs influent sur la nécessité du recours à la coordination explicite. Comme nous l'avons indiqué, les équipes plus expérimentées comptent habituellement davantage sur la coordination implicite, et les équipes qui le sont moins ont besoin d'une coordination plus explicite. Quoi qu'il en soit, les membres d'équipes efficaces font preuve

de suffisamment de perspicacité et de souplesse pour adapter la stratégie au problème.

Les plans d'action normalisés — plus précisément, les plans qui sont connus de tous, mais qui souvent ne sont pas formalisés — se mettent au point au fil du temps, généralement avec l'expérience. Les gens peuvent apprendre que « c'est ainsi que les choses se font » dans un service de soins intensifs ou d'urgence donné. Autrement dit, la normalisation reflète la culture d'un groupe ou d'un hôpital particulier. Ces structures de savoir communes peuvent avoir été mises à l'épreuve dans des situations difficiles et être tout à fait appropriées; cependant, elles ne sont pas nécessairement idéales du simple fait qu'elles sont familières. Elles n'ont peut-être pas été suffisamment éprouvées, et il est possible qu'elles n'intègrent pas les plus récentes données probantes. Elles refléteraient un respect des politiques plutôt que les besoins des patients. Les plans d'action peuvent également varier au sein d'une organisation en raison de préférences individuelles. Par exemple, la plupart des infirmières vous diront que « le Dr A préfère préoxygéner ses patients de cette manière, et le Dr B le fait toujours ainsi, mais nous ne savons jamais vraiment ce que fera le Dr C! ».

Des études démontrent qu'une augmentation de la normalisation est habituellement associée à davantage de coordination implicite et à moins de leadership manifeste. Par conséquent, la normalisation est courante chez les équipes très productives. Par ailleurs, une excellente normalisation est généralement planifiée. Pour découvrir ce que la planification peut produire, prenez un petit moment pour voir comment une équipe change les quatre pneus durant une course de Formule 1 ([ow.ly/LBTM309Irob](https://www.youtube.com/watch?v=LBTM309Irob)). Ces vidéos illustrent plusieurs aspects d'une gestion et de coordination des tâches efficaces. Toutes les pièces d'équipement, y compris la voiture, sont spécialement conçues; chaque membre de l'équipe connaît son rôle et celui des autres; tous sont au courant de la séquence et s'étaient préalablement livrés à de nombreuses pratiques. À noter que durant la formation initiale, l'équipe a probablement dû avoir recours à la coordination explicite. On voit clairement qu'elle est devenue productive et qu'elle a une bonne connaissance du rôle de chacun, de sorte que la coordination dans son ensemble est maintenant implicite.

Des critiques argueront, avec raison, que les niveaux de rendement de Formule 1 ne sont pas toujours possibles à atteindre en médecine. Par exemple, il est beaucoup plus facile de normaliser le changement de pneus que de prendre en charge un groupe hétérogène de patients en état de choc indifférencié. En outre, la normalisation peut encourager la paresse intellectuelle et la rigidité. La normalisation a toutefois été bénéfique dans certains domaines de la médecine. Par exemple, les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario ont reçu une formation dont les processus s'apparentent à ceux de la Formule 1 pour le traitement de l'arrêt cardiaque à l'extérieur du milieu hospitalier. Leur équipement est conçu de façon à fournir des informations instantanées sur l'amplitude et la fréquence des compressions thoraciques, et les équipes ont été entraînées pour comprendre que la première intervention consiste à procéder à des compressions thoraciques ininterrompues et de grande qualité. Les ambulanciers savent comment fonctionner en équipe de deux fournisseurs de soins, et de quelle façon les rôles se

modifient lorsqu'un troisième fournisseur se présente, puis un quatrième. Entre 2004 et 2016, le taux de survie des patients hospitalisés à la suite d'une fibrillation ventriculaire confirmée a augmenté de 8 % à 34 %²⁶. Cet exemple illustre comment une préparation appropriée (équipement, plan d'action, conception, formation) améliore le processus (compressions thoraciques plus efficaces) et peut être associée à de meilleurs résultats pour les patients (un taux de survie au moins quatre fois plus élevé). Comme dans le cas des courses automobiles, ce ne sont pas tous les éléments des crises médicales qui peuvent être normalisés, mais il faut procéder avec ceux qui peuvent l'être.

Connaissances interpositionnelles

Des rendements supérieurs se produisent rarement de façon fortuite; au contraire, ils requièrent de la formation et de bonnes connaissances. Les connaissances interpositionnelles²⁷ représentent une compréhension commune des tâches, des rôles et des comportements appropriés requis de tous. La formation réciproque et la rétroaction peuvent contribuer à améliorer les connaissances interpositionnelles^{15,27,28,29}. Ce type de formation ne vise pas à reproduire entièrement les mêmes connaissances et habiletés chez chaque membre de l'équipe. En d'autres termes, nous n'essayons pas de transformer le personnel infirmier en médecins ou inversement. Au contraire, ce type de formation porte plutôt sur l'empathie au sein de l'équipe et sur le renforcement des habiletés anticipatrices. Des études sur des équipages d'aéronef de la Deuxième Guerre mondiale ont conclu que la plupart des équipes performantes possédaient les niveaux les plus élevés de connaissances interpositionnelles. De plus, ces équipes ont profité de leurs temps libres pour renforcer ces connaissances²⁷. Autrement dit, nous devrions en premier lieu (idéalement) coordonner une relation pour pouvoir gérer une tâche.

La maîtrise de la gestion des tâches requiert plus que des protocoles simplistes ou des expositions cliniques ponctuelles. En fait, si elles sont laissées au hasard, nos habiletés peuvent atteindre un plateau au cours des premières années de la résidence³⁰. La situation se complique encore davantage par l'absence d'un outil d'évaluation bien validé. Qui qu'il en soit, nous devons tous nous engager envers le développement continu de nos compétences^{30,31}. Un rendement « assez bon » n'est franchement pas suffisant.

Conclusion

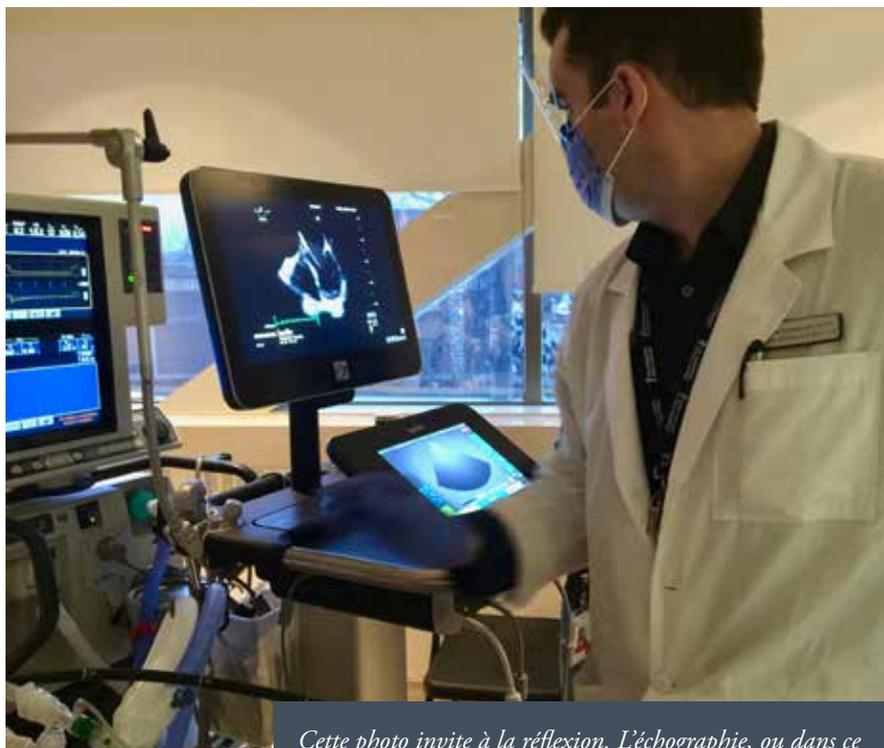
Comme dans le cas de tous les aspects de la GRC, ce qui importe dans la gestion et la coordination des tâches n'est pas de se rappeler les modèles psychologiques ou de citer des résultats de recherche. Il s'agit plutôt de comprendre les éléments scientifiques fondamentaux afin de pouvoir profiter des meilleures idées pratiques, quelle qu'en soit la source. Nous nous soucions de ces thèmes parce que nous voulons obtenir des résultats positifs pour les patients vulnérables. Nous devons nous exercer et nous perfectionner, parce qu'il est rare que ces habiletés nous viennent naturellement.

Afin de mieux comprendre le contexte complexe des soins aigus, nous avons établi des parallèles avec des secteurs à enjeux élevés, plus particulièrement avec celui de l'aviation. Cependant, on obtient un meilleur portrait de la situation au chapitre de la coordination par la comparaison d'une équipe médicale avec un orchestre symphonique. Après tout, les praticiens compétents, qu'il s'agisse de musiciens ou de travailleurs de la santé, consacrent leur vie active à maîtriser les aspects techniques de leur profession et à devenir résistants au stress. Idéalement, chaque membre d'une équipe médicale (ou musicien) a de la situation une excellente compréhension (c.-à-d., du modèle mental ou de la partition musicale) qui guide ses gestes et l'aide à prévoir ce qui viendra. Poursuivant avec cette analogie, le leader de l'équipe médicale (ou le chef d'orchestre) dirige et réoriente chaque composante pour créer un ensemble reconnaissable, qui demeure toutefois unique (c.-à-d. la réanimation ou la musique). La mesure dans laquelle ceci doit être réalisé est en fonction de la complexité de l'état du patient (ou de la musique) et des connaissances et habiletés des praticiens. Cela signifie parfois de diriger les exécutants individuellement (ou les groupes d'exécutants), ou de diriger l'équipe dans son ensemble, ou d'autres fois, il s'agit simplement de permettre aux gens de faire ce qu'ils ont à faire. Tant les leaders que les subordonnés fournissent un meilleur rendement lorsqu'ils sont conscients de l'interrelation dynamique, de l'objectif global et des liens entre les tâches. Au risque de pousser trop loin cette analogie, le résultat sera transcendant ou cacophonique.

Références

1. Fletcher G, Flin R, McGeorge P, et al. Rating non-technical skills: developing a behavioural marker system for use in anaesthesia. *Cogn Technol Work*. 2004;6:165–71.
2. Waller M, Gupta N, Giambatista R. Effects of adaptive behaviors and shared mental models on control crew performance. *Manage Sci*. 2004;50:1534–44.
3. Manser T, Harrison T, Gaba D, et al. Coordination patterns related to high clinical performance in a simulated anesthetic crisis. *Anesth Analg*. 2009;108:1606–15.
4. Bogdanovic J, Perry J, Guggenheim M, et al. Adaptive coordination in surgical teams: an interview study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:128.
5. Burtscher MJ, Manser T. Team mental models and their potential to improve teamwork and safety: a review and implications for future research in healthcare. *Saf Sci*. 2012;50:1344–54.
6. Cannon-Bowers JA, Salas E., Converse S. Shared mental models in expert team decision making. In: Castellan NJ Jr, editor. *Individual and Group Decision Making*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum & Associates; 1993.
7. Mathieu J, Heffner T, Goodwin G, et al. The influence of shared mental models on team process and performance. *J Appl Psychol*. 2000;85:273–83.
8. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum S, Salas E, et al. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA, Salas E, editors. *Team effectiveness and decision making in organizations*. Hoboken (NJ): Wiley; 1995.
9. Manser T, Howard S, Gaba D. Adaptive coordination in cardiac anaesthesia: a study of situational changes in coordination patterns using a new observation system. *Ergonomics*. 2008;51:1153–1178.
10. Fletcher G, Flin R, McGeorge P, et al. Anaesthetists' non-technical skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *Br J Anaesth*. 2003;90:580–8.
11. Flin R, Maran N. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(Suppl 1):i80–4.

12. Rall M, Dieckmann P. Crisis resource management to improve patient safety. *Proceedings of Euro-anesthesia 2005*. Vienna, Austria: European Society of Anaesthesiology, 2005; 2005 May 28–31; Vienna, Austria; 2005. P. 107–12.
13. Fernandez Castelao E, Boos M, Ringer C, et al. Effect of CRM team leader training on team performance and leadership behavior in simulated cardiac arrest scenarios: a prospective, randomized, controlled study. *BMC Med Educ*. 2015;15:116.
14. Hicks CM, Bandiera GW, Denny CJ. Building a simulation-based crisis resource management course for emergency medicine, phase 1: results from an interdisciplinary needs assessment survey. *Acad Emerg Med*. 2008;15:1136–43.
15. Entin E, Serfaty D. Adaptive team coordination. *Hum Factors*. 1999;41:312–25.
16. Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Survey Anesthesiol*. 2013;57:300.
17. Christian MD, Devereaux AV, Dichter JR, et al. Introduction and executive summary: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:8S–34S.
18. Grootjen M, Neerinx MA, Veltman JA. Cognitive task load in a naval ship control centre: from identification to prediction. *Ergonomics*. 2006;49:1238–64.
19. Kim J, Neilipovitz DT. Chapter 2: Crisis Resource Management. In: Neilipovitz DT, editor. *Acute Resuscitation and Crisis Management Acute Critical Events Simulation (ACES)*. Ottawa (ON): University of Ottawa Press; 2005.
20. Gaba DM, Fish JK, Howard SK. *Crisis Management in Anesthesiology*. New York (NY): Churchill Livingstone; 1994.
21. Cooper JB, Newbouser RS, Kitz RJ. An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: considerations for prevention and detection. *Anesthesiology*. 1984;60:34–42.
22. Cooper JB, Newbouser RS, Long C, et al. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:277–82.
23. Billings CE, Raynard WD. Human factors in aircraft incidents: results of a 7-year study. *Aviat Space Env Med*. 1984;55:960–5.
24. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. London (UK): Macmillan; 2011.
25. Grote G, Zala-Mezo E, Grommes P. The effects of different forms of co-ordination on coping with workload. In: Dietrich R, Childress TM, editors. *Group interaction in high risk environments*. Aldershot (UK): Ashgate Publishing; 2004.
26. *Emergency Medicine Cases* [Internet]. Toronto (ON): Emergency Medicine Cases. Helman A. Episode 71 ACLS Guidelines 2015 – Cardiac Arrest Controversies Part 1; 2015 [cited 2017 Mar 2]. Available from: <https://emergencymedicinescases.com/acls-guidelines-2015-cardiac-arrest/>
27. Cannon-Bowers JA, Salas E. Team performance and training in complex environments: recent findings from applied research. *Curr Dir Psychol Sci*. 1998;8:83–7.
28. Prinzel LJ, Freeman FG, Scerbo MW, et al. A closed-loop system for examining psychophysiological measures for adaptive task allocation. *Int J Aviat Psychol*. 2000;10:393–410.
29. Volpe CE, Cannon-Bowers JA, Salas E, et al. The impact of cross-training on team functioning: an empirical investigation. *Hum Factors*. 1996;38:87–100.
30. Clarke S, Horeczko T, Carlisle M, et al. Emergency medicine resident crisis resource management ability: a simulation-based longitudinal study. *Med Educ Online*. 2014;19:65.
31. Blackwood J, Duff JP, Nettel-Aguirre A, et al. Does teaching crisis resource management skills improve resuscitation performance in pediatric residents?*. *Pediatr Crit Care Med*. 2014;15:e168–74.



*La photo : ©Dre. Robert Arntfeld
le sujet: Dre. Brian Buchanan*

Cette photo invite à la réflexion. L'échographie, ou dans ce cas-ci l'échocardiographie, est une technologie remarquable de plus en plus utilisée en réanimation. Cela dit, comment s'assurer qu'elle ne soit pas une source de distraction pour les membres de l'équipe et qu'elle ne nuise pas aux efforts de réanimation? Que feriez-vous pour que les données du technologie soient converties en information, puis en action?

Le leadership et l'esprit de subordination en médecine de soins aigus

Auteurs : Peter G. Brindley, Amanda Lucas, Lawrence M. Gillman, Pierre Cardinal
Réviseurs : Shellie Anderson, David Ouellette



« Un leader est celui qui connaît le chemin, l'emprunte et le montre. »

John C. Maxwell

Introduction

Au cours des années 1960, durant un procès pour obscénité, le juge Potter Stewart de la Cour suprême des États-Unis est devenu célèbre pour avoir déclaré que s'il lui était impossible de définir la pornographie, il la reconnaissait quand il en voyait. Un leadership et un esprit de subordination efficaces sont des sujets nettement moins passionnants, mais, de même, nous sommes pour la plupart en mesure d'apprendre à reconnaître leur présence ou d'en déplorer l'absence¹. Malgré une tendance vers des hiérarchies moins marquées, nous avons toujours besoin de leaders et de subordonnés. Par ailleurs, toute personne qui se dirige en médecine croyant que les médecins donnent encore sèchement des ordres et que les infirmières s'empressent docilement d'exécuter recevra tout un choc.

La plupart des professionnels — et non seulement les travailleurs de la santé — doivent avoir une connaissance de base des principes du leadership et de l'esprit de subordination. Cependant, dans le cas des soins aigus de réanimation, la compréhension de ces rôles et responsabilités est essentielle à notre façon de créer une feuille de route cognitive et un plan d'action. Autrement dit, les idées sur le leadership et l'esprit de subordination sous-tendent nos tentatives de sauver la vie de patients très malades et de lutter contre un niveau

Le leadership et l'esprit de subordination en médecine de soins aigus

élevé de stress, de chaos et de complexité. Nos croyances collectives au sujet des personnes qui dirigent et celles qui suivent aident également à expliquer les processus de prise de décisions et de hiérarchisation des priorités dans l'ensemble du système de santé.

La médecine moderne est complexe. Cela se vérifie dans le monde thérapeutique et dans la dynamique du pouvoir. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ce phénomène s'explique partiellement par la transformation de la perception qu'a la société de l'autorité et de la subordination. Par conséquent, nous ne devons pas nous étonner de la pression sur les hiérarchies médicales traditionnelles pour refléter ce virage de plus grande ampleur. Il nous faut évidemment nous montrer ouverts aux meilleures idées, quelle que soit leur ancienneté ou leur provenance. Ce chapitre offre donc de vastes perspectives, des idées pratiques, de même que quelques mises en garde. Une simplification excessive de ce thème entraînerait de graves conséquences pour la sécurité des patients et la résilience des praticiens.

Reconnaître l'importance du leadership

La nécessité d'un leadership fort a été déterminée, encouragée et codifiée dans le monde entier et dans toutes les disciplines médicales. Parmi les mesures à cet égard figurent le *Référentiel de compétences CanMEDS 2015* pour les médecins du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada², l'énoncé de position *Le leadership de la profession infirmière* (2009) de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada³, le *Swiss Catalogue of Learning Objectives*⁴, les objectifs d'apprentissage du General Medical Council du Royaume-Uni⁵, les *Learning Objectives for Medical Student Education des États-Unis*⁶, et les normes internationales de la Fédération mondiale pour l'éducation médicale⁷.

Ce ne sont pas tous les travailleurs de la santé qui endosseront des rôles officiels de leadership, mais un bon nombre d'entre eux dirigent dans leur travail au quotidien. Ces activités englobent le domaine clinique (p. ex., diriger des équipes spéciales de réanimation), ainsi que celui de l'éducation (p. ex., efforts d'orientation pour restructurer des programmes) et de l'administration (p. ex., lancer des initiatives pour la prestation de soins plus sécuritaires). Autrement dit, le leadership est nécessaire pour faire progresser la médecine, et le travail d'équipe (qui a besoin de leaders) est indispensable pour l'exécution des tâches quotidiennes dans les établissements hospitaliers. Jusqu'à tout récemment, l'art et la science de l'esprit de subordination n'ont pas reçu une attention du même ordre. Le présent chapitre vise à combler ce vide relatif.

Contrairement à ceux qui sont offerts sur le leadership, très peu de cours se présentent comme des formations sur l'esprit de subordination. Heureusement, tous les travailleurs de la santé ont vécu la totalité de leur période de formation et au moins une partie de leur pratique ou carrière en assumant une certaine forme de rôle de subordonné. En ce qui a trait à la carrière, même des médecins et chirurgiens seniors, qui dirigent probablement dans leur domaine de spécialité, doivent aussi assumer des fonctions au

sein d'équipes cliniques de groupes de pratique dans les services et les universités, ainsi qu'auprès des autorités sanitaires. Par conséquent, personne n'est vraiment toujours un leader ou un subordonné. De plus, les bons leaders et les bons subordonnés ne sont pas nés avec des prédispositions pour ces rôles; à l'opposé, ils peuvent être formés pour le devenir, ou être anéantis.

Vers une meilleure définition du leadership et de l'esprit de subordination

En termes généraux, le leadership signifie qu'un individu (ou un petit groupe) exerce une très grande influence non coercitive sur d'autres personnes. L'esprit de subordination, pour sa part, requiert un certain degré de déférence et d'acceptation⁸. Dans le contexte moderne, plutôt que de voir un groupe dominer un autre qui le sert, il y a plus de chances que la position des leaders soit celle de « premier parmi des égaux » (*primus inter pares*), et que le rôle des subordonnés soit très valorisé si ceux-ci possèdent d'importantes habiletés complémentaires. Les subordonnés sont de nos jours autorisés à s'exprimer — on s'attend en fait à ce qu'ils le fassent —, et le leadership moderne ne s'accompagne plus de la permission tacite d'écraser ou d'ignorer les autres. D'après Steven Covey, le leadership est la capacité de communiquer la valeur et le potentiel des autres si clairement qu'ils deviennent inspirés à découvrir ces caractéristiques en eux-mêmes⁹. Et selon Augustine Agho, l'esprit de subordination est la capacité de suivre des directives de manière compétente et proactive, et de soutenir les efforts en vue d'atteindre les buts organisationnels¹⁰.

Lorsqu'il est question du leadership et de l'esprit de subordination, il y a un risque de se fier à des idées qui sont très répandues parce qu'elles sont conformes à la rectitude politique, ou à d'autres qui ne sont pas idéalement adaptées à la rigueur des soins aigus de réanimation. Comme il a été mentionné plus haut, les hiérarchies se sont aplanies, et les différences entre les leaders et les subordonnés se sont estompées. Nous devons cependant modérer les aspirations avec réalisme. La hiérarchie demeure (pertinemment) un moyen privilégié par lequel nous nous acquittons de nos tâches, particulièrement dans des situations qui autrement pourraient se transformer en chaos. Par conséquent, il n'est nullement anachronique ou conservateur de maintenir une hiérarchie situationnelle. De plus, tandis que l'importance de l'esprit de subordination acquiert de la valeur, il nous faut accepter l'existence d'attitudes différentes et d'interprétations variables.

En 2010, Carsten et coll.¹¹ ont dégagé la conclusion que certaines personnes faisaient entrer les termes passivité, déférence et obéissance dans leur définition de l'esprit de subordination. En 2011, Kean et coll.¹² ont avancé l'idée que les rôles de leaders et de subordonnés sont coconstruits et varient en fonction de la situation. Tout de même, un consensus croissant émerge voulant que les deux rôles soient interdépendants et dotés de souplesse. Il est difficile de définir le leadership sans parler de l'esprit de subordination et, sans subordonnés, il est impossible d'identifier les leaders; pour comprendre le leadership, nous devons comprendre l'esprit de subordination. Dans un

Le leadership et l'esprit de subordination en médecine de soins aigus

système qui fonctionne bien, la relation est vraisemblablement symbiotique et, dans un système défaillant, elle serait antagoniste.

Les domaines d'activité à enjeux élevés, comme les soins médicaux actifs, doivent maintenir une corrélation entre le pouvoir et la responsabilité. En d'autres termes, la responsabilité du leader est plus grande parce que son pouvoir est plus étendu. Par conséquent, c'est encore là une de nos principales façons de définir les leaders par rapport aux subordonnés. Non seulement les leaders doivent répondre du rendement de l'équipe, mais ils en sont aussi responsables, et ils sont habilités à instaurer le changement. Étant donné que nous attribuons encore des responsabilités énormes aux leaders, il demeure normal que les subordonnés n'aient pas le dernier mot. En corollaire, les subordonnés modernes ont un plus grand sens des responsabilités parce qu'ils jouissent d'un plus grand pouvoir.

Comme nous l'avons mentionné, la perception de l'esprit de subordination comme étant un état secondaire est moins courante et moins extrême dans le milieu moderne et complexe des soins de santé, parce que nous considérons que les personnes qui se sentent valorisées sont plus enclines à partager leurs habiletés. Ainsi, les leaders traitent de plus en plus les subordonnés comme des égaux, et cette attitude encourage les leaders et les subordonnés à coproduire des résultats¹³. Cette dynamique peut également exiger que les leaders et les subordonnés adoptent ces rôles, les assument et les cèdent. Si cette structure échoue, le leader doit alors disposer de l'option de revenir, quoique brièvement et avec regret, à des structures de commandement et de contrôle. En d'autres termes, la meilleure structure d'équipe est celle qui permet d'accomplir le travail, et elle peut se modifier d'une minute à l'autre.

La théorie plus classique des rôles¹⁴ définit un subordonné d'après son « rang » prédéterminé au sein d'une structure hiérarchique. Traditionnellement, le leadership et l'esprit de subordination se définissaient a priori selon la profession et l'ancienneté (c.-à-d. des médecins plus expérimentés étaient plus susceptibles d'assumer un rôle de leadership alors que le rôle de subordonnés revenait plus vraisemblablement aux infirmières plus jeunes). L'identité du leader et du subordonné était donc plus évidente, mais aussi moins souple. La plus récente approche constructiviste¹⁵ définit l'esprit de subordination en fonction des « interactions relationnelles⁸ ». Par conséquent, les leaders et les subordonnés se définissent de plus en plus par eux-mêmes et selon les situations. Cela signifie que chaque individu doit décider s'il doit s'avancer ou se tenir en retrait. Autrement dit, le modèle moderne est plus souple, mais aussi plus complexe.

Un leadership et un esprit de subordination répartis adéquatement produiraient des équipes plus performantes et plus résistantes au stress, et qui seraient mieux équipées pour combattre la complexité des soins de santé modernes à enjeux élevés. Lorsque la répartition est inappropriée, nous estompons la clarté des rôles et invitons le chaos. En fin de compte, ce sont les patients qui seront avantagés ou lésés. Lorsque tous les membres de l'équipe ont une compréhension commune du leadership et de l'esprit de subordination, ils sont plus susceptibles d'être sur la même longueur d'onde; s'ils en ont une idée différente, ils courent le risque de s'opposer. Nous savons depuis longtemps que les

rôles au sein d'une équipe doivent se mériter et faire l'objet de pratiques régulières. Quoi qu'il en soit, nous devons répartir les rôles de leader et de subordonnés en fonction de la réponse aux besoins des patients, et non d'après le rang hiérarchique ou le désir de se sentir important. Le leadership et l'esprit de subordination ne se présentent pas de manière standardisée. Au contraire, ils doivent s'adapter au problème (le scénario clinique) et aux personnes chargées de la résolution (l'équipe clinique).

Le leadership en soins médicaux actifs

De façon générale, le leadership peut être catégorisé comme étant soit axé sur les tâches ou sur les relations^{16,17}. Le leadership axé sur les tâches est plus simple parce qu'il se centre sur les objectifs et les procédures. Il compte sur l'exécution correcte des tâches par les subordonnés stimulés par des récompenses ou des punitions (autrement dit, la relation est transactionnelle), ou sur la base de leur formation ou de leur motivation personnelle. Quoi qu'il en soit, le leadership axé sur les tâches repose davantage sur la hiérarchie, la déférence et l'obéissance¹⁶. Le leadership relationnel est plus complexe, mais potentiellement plus pertinent, parce qu'il se centre sur les personnes et les relations¹⁸.

Le leadership axé sur les relations repose sur la motivation et l'engagement. Le leadership transformationnel (une forme de leadership relationnel)¹⁹⁻²² valorise la notion d'une vision commune et d'un engagement collectif. Par conséquent, il est largement favorisé en médecine moderne et s'accompagne d'un degré d'autorité plus atténué. Les avantages supposés sont nombreux, mais il y a un risque que les subordonnés rejettent cette vision ou que les punitions et récompenses n'aient pas d'influence sur eux. Il faut déployer des efforts considérables (généralement de façon anticipée) pour inspirer les gens, ce qui requiert l'établissement de rapports personnels. Les leaders centrés sur les tâches peuvent se détacher psychologiquement de leurs subordonnés. À l'opposé, les leaders transformationnels se rapprochent des subordonnés pour obtenir leur confiance et leur respect¹⁹⁻²².

Une étude systémique réalisée en 2013 a examiné les styles de leadership en gestion des soins infirmiers dans divers milieux de soins de santé. Elle a conclu que le style de leadership relationnel/transformationnel était associé à des résultats cliniques plus positifs qui se traduisaient par une plus grande satisfaction des patients, un taux de mortalité plus faible, une décroissance des erreurs médicales, une réduction du recours à des mesures de contention et une diminution des infections nosocomiales¹⁸. Cependant, des résultats aussi encourageants ne signifient pas que le style de leadership transformationnel est automatiquement préférable dans toutes les situations. En fait, des études menées dans des centres universitaires de traumatologie ont révélé que ce style de leadership est rarement utilisé dans le contexte de la réanimation de patients victimes de traumatismes²³.

Nous avons besoin, dans le contexte de la réanimation de patients gravement malades, d'une structure qui aide des professionnels très expérimentés et adéquatement

Le leadership et l'esprit de subordination en médecine de soins aigus

motivés à sauver la vie d'un être humain à risque imminent de décès. Heureusement, la nécessité de négocier avec de véritables professionnels devrait être minimale. Autrement dit, nous n'avons pas toujours besoin d'un leadership transformationnel pour exécuter des tâches simples clairement définies. Néanmoins, nous avons vraisemblablement besoin de ce style de leadership chaque fois que nous souhaitons aborder des enjeux de plus grande ampleur à long terme, comme la culture d'équipe²⁴. Mis à part les comportements extrêmement dynamiques (ou passifs), nous devrions éviter de penser qu'un certain style est toujours adéquat ou toujours inapproprié²⁵.

La délégation excessive peut être associée à une diminution de la productivité¹⁶, sans doute en raison d'un processus décisionnel malavisé qui se traduit par une perception plus diffuse de la responsabilité et un manque de précision des rôles. Plus particulièrement, ce style de délégation excessive peut être tacitement encouragé chez les praticiens qui enseignent dans les centres de formation universitaires du fait que, tout en ayant la responsabilité de traiter des patients, ils doivent également former de futurs collègues. Ces praticiens seniors adoptent souvent un style de leadership qui comprend la délégation pour permettre aux résidents et aux stagiaires de gérer la crise. La délégation est alors tout à fait appropriée, sinon les subordonnés ne pourraient acquérir leur propre expérience de leadership²³. Cependant, cette importante tâche doit être conciliée avec la capacité à suivre la situation et l'habileté à changer de rôle. Idéalement, le leader pédagogique responsabilise le subordonné. Toutefois, si la situation devait dépasser les capacités de leadership d'un subordonné moins expérimenté, le leader senior devrait passer à un rôle plus actif et directif.

Kunzle et coll.²⁶ ont mené une étude auprès de 12 équipes composées de résidents en anesthésiologie et d'infirmières dans le contexte d'une simulation de crise (patient en asystolie nécessitant l'intubation). Les auteurs ont conclu que les équipes très performantes se caractérisaient par le maintien du partage du leadership par les résidents et les infirmières au fil de l'accroissement du stress et du fardeau des tâches. Par contraste, ils ont constaté un partage inadéquat du leadership chez les équipes à faible rendement, les résidents ayant assumé des comportements de leadership en proportion croissante. Les auteurs ont formulé le postulat, d'ailleurs assez raisonnable, que les équipes très performantes qui partageaient le leadership pouvaient continuer de fonctionner lorsque le fardeau de la tâche devenait trop lourd pour une seule personne, particulièrement lorsque cette personne tentait à la fois d'exécuter une tâche manuelle (l'intubation) et de coordonner l'équipe. Au milieu d'une crise en soins aigus, l'enjeu consiste à déterminer si on dispose d'une équipe qui fonctionne très efficacement ou moins efficacement. Dans le premier cas, le partage du leadership augmente la capacité cognitive et manuelle, alors que le deuxième ouvre la porte à une aggravation du chaos.

Klein et coll.²⁷ ont étudié des « équipes d'intervention extrême » dont les membres exécutaient des tâches urgentes, interdépendantes, à caractère imprévisible et lourdes de conséquences simultanément à la prestation d'un enseignement et à des changements dans la composition de l'équipe. Ils ont constaté que les équipes étaient dotées d'une hiérarchie et dénuées d'individualisme, mais qu'elles maintenaient habituellement un

leadership partagé. Ils ont qualifié cette approche de « délégation dynamique », selon laquelle les leaders seniors accordaient et retiraient rapidement et à répétition les rôles de leadership aux plus jeunes²⁷. Ceci représente un autre exemple de la nature souple du leadership et de l'esprit de subordination, et de la nécessité de déléguer et de reprendre le contrôle durant une intervention complexe de réanimation.

Bien qu'il existe certainement autant de styles de leadership que de leaders, Klein et coll.²⁷ ont conclu que les leaders efficaces ont rempli au moins quatre fonctions principales : orientation stratégique, surveillance de la progression des soins cliniques, traitement concret et enseignement aux autres membres de l'équipe (non seulement des procédures et faits pertinents, mais aussi des attributs du leadership). S'appuyant sur les travaux réalisés par Lewin, Lippit et White en 1939, Yukl¹⁶ a décrit trois styles de leadership ayant une valeur d'archétype : autocratique, démocratique et laissez-faire. Le style de leadership autocratique, ou autoritaire, se traduit par des attentes claires et une division nette entre leader et subordonné. Pour des raisons semblables à celles évoquées précédemment, Yukl a conclu que le style de leadership autocratique est efficace, particulièrement dans le cas de tâches courantes. L'inconvénient réside dans le fait que l'autocrate demande rarement l'avis des autres, ne favorise pas la créativité au sein du groupe élargi et, par conséquent, ne serait probablement pas en mesure de traiter des problèmes complexes exigeant des solutions personnalisées.

Les leaders démocratiques participent au sein du groupe et reconnaissent l'apport des autres membres. Malgré une productivité réduite du groupe démocratique par rapport à celle du groupe autocratique, Yukl a constaté que les contributions du premier groupe étaient de qualité supérieure¹⁶; par conséquent, il a été déterminé que le style de leadership démocratique était plus efficace dans les circonstances où le problème dépassait les capacités cognitives d'un seul individu. Cependant, la hiérarchie maintient son importance, et la démocratie peut dépasser les bornes. Le style « laissez-faire » était associé à un excès de délégation et au niveau de productivité le plus bas. Quelques décennies plus tard, il est intéressant de faire remarquer que les travailleurs de la santé contemporains reconnaissent facilement ces trois styles de leadership à valeur d'archétype.

Il peut être difficile de trouver du temps pour susciter le tact et l'engagement nécessaires aux relations transformationnelles en raison de l'acuité des crises médicales. Cependant, cela fait ressortir l'importance du renforcement préalable de l'esprit d'équipe (y compris de celui qui a été établi durant les exercices réguliers de simulation) et de la compétence attendue des leaders modernes. De toute évidence, le leadership transformationnel^{16,17}, également désigné par les noms de leadership visionnaire ou inspirationnel, nécessite davantage d'efforts proactifs. Cependant, ces efforts supplémentaires peuvent être récompensés par l'engagement des subordonnés et une plus grande capacité cognitive et procédurale.

L'esprit de subordination en soins aigus

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'esprit de subordination a été

Le leadership et l'esprit de subordination en médecine de soins aigus

relativement ignoré en comparaison avec le leadership, mais l'on manque terriblement de preuves tangibles, possiblement en raison des connotations négatives qui y sont associées — particulièrement dans le contexte d'une société plus susceptible de célébrer les réussites individuelles — et de la minimisation de l'importance de l'équipe. Par exemple, les subordonnés peuvent être perçus comme étant passifs ou manquant de créativité, ou ils seraient considérés comme ayant un statut inférieur ou encore étant incapables de poser des jugements de façon autonome²⁸. Plus d'un serait porté à croire que le rôle de subordonné consiste à simplement exécuter les directives données. Dans ce cas, ce rôle représente moins une habileté acquise, et plus une tendance à l'obéissance. Cependant, les attitudes ont évolué au cours des deux dernières décennies, comme on le constate en premier lieu dans la documentation sur la gestion des entreprises. Comme il a été mentionné plus haut, les bons leaders et subordonnés ont de nombreuses caractéristiques en commun, et le choix de diriger ou d'être dirigé dépend fortement du contexte¹¹. De plus, il a été suggéré que les personnes qui acquièrent de solides habiletés de subordination sont plus susceptibles de se transformer en meilleurs leaders (c.-à-d. qu'il y aurait des avantages à faire son chemin à partir du bas de l'échelle^{29,30}). Ce qui suit est issu des avantages de chercheurs qui ont tenté de cerner les caractéristiques d'un bon ou d'un mauvais subordonné. Nous visons principalement à offrir aux lecteurs la possibilité de réfléchir à leur propre personnalité et à celle de leur établissement.

Un sondage réalisé en 2009 par Agho et coll.¹⁰ auprès de cadres supérieurs ont classé les cinq plus importantes caractéristiques de subordonnés efficaces de la façon suivante :

1. honnêteté/intégrité,
2. compétence,
3. fiabilité,
4. loyauté,
5. esprit d'entraide.

Entre-temps, un article de 1990 dans le domaine des soins infirmiers suggérait que la liberté de pensée et l'automotivation étaient nécessaires chez les subordonnés afin de favoriser leur capacité à « faire preuve d'initiative, se prendre en charge et réussir en l'absence d'un leader fort³¹ ». De même, en 2009, Chaleff³² a défini les caractéristiques d'un bon subordonné d'après le courage à assumer des responsabilités, servir, remettre en question, participer à la transformation et prendre des mesures morales.

S'appuyant sur une série de sondages, Sy³³ a conclu que les individus qui représentent un prototype de l'esprit de subordination possèdent des caractéristiques de savoir-faire (c.-à-d., ils travaillent fort, sont productifs, et dépassent les attentes), d'enthousiasme (c.-à-d., ils sont dynamiques, heureux et font preuve d'ouverture) et de civisme (c.-à-d., ils sont des joueurs d'équipe loyaux et fiables). Fait tout aussi important, il a indiqué que les personnes qui représentent un anti-prototype du subordonné possèdent des caractéristiques de conformisme (c.-à-d., elles sont discrètes, facilement influençables et suivent les tendances), d'incompétence (c.-à-d., elles ne sont pas

scolarisées, elles sont lentes et inexpérimentées) et d'insubordination (c.-à-d., elles sont arrogantes, impolies et colériques).

Une grande partie de la documentation sur l'esprit de subordination provient du domaine des soins infirmiers, et l'exemple le plus précis d'initiative formelle sur le sujet est l'Effective Followership Algorithm (EFA)³⁴. Cette formule standardisée décrit à l'intention des cliniciens une façon de remettre l'autorité en question en utilisant l'approche suivante : ce que je vois, mes sujets de préoccupation et ce que je veux. Puis, les cliniciens s'affirment à l'aide d'un processus à quatre étapes : obtenir l'attention, énoncer le sujet de préoccupation, offrir une solution et poser une question. Les auteurs ont conclu que l'utilisation de l'EFA était associée à des améliorations statistiquement significatives dans la communication au sein des équipes.

Kelley³⁰ a défini cinq types différents de styles de subordination d'après une matrice 2 x 2 qui compare l'esprit d'initiative du subordonné (actif par opposition à passif) avec sa capacité à penser de manière autonome et critique. On peut faire un rapprochement de ces styles de subordination avec les soins médicaux actifs³⁰.

Subordonnés passifs

Les subordonnés passifs ne prennent pas d'initiatives ni ne font preuve de sens critique. On les considère parfois comme des « moutons », puisqu'ils adhèrent à une mentalité de troupeau, participant peu et remettant rarement l'autorité en question. Dans le contexte des soins aigus, les subordonnés passifs font ce qui leur est demandé et exécutent les tâches seulement d'après les directives.

Subordonnés conformistes

Ne disant jamais non, les subordonnés conformistes sont des personnes très motivées et capables d'initiative, mais qui manquent d'esprit ou de regard critique. Ils sont très énergiques, mais dépendent totalement d'un leader pour une pensée de niveau plus élevé. Par exemple, les subordonnés conformistes peuvent planifier efficacement un congé de l'hôpital, mais ils ne seraient pas en mesure de déterminer si le congé est ce qui convient le mieux au patient.

Subordonnés aliénés

Contrairement aux subordonnés passifs et conformistes, les subordonnés aliénés ont la capacité de reconnaître des erreurs de jugement ou de décision. Cependant, étant donné leur manque de motivation et d'esprit d'initiative, ils peuvent se montrer réticents à s'exprimer et à faire part de leurs préoccupations, mais ils seraient tout de même capables d'apporter une contribution à la pensée de groupe. Ce groupe comprendrait ceux qui ont été réprimandés pour s'être exprimés auparavant et qui craignent de faire l'objet d'une attention négative encore une fois.

Le leadership et l'esprit de subordination en médecine de soins aigus

Subordonnés pragmatiques

Les subordonnés pragmatiques peuvent penser et agir de manière indépendante, mais ils sont réticents à provoquer de l'agitation ou des conflits. Ayant la réputation de personnes qui n'osent pas prendre parti³¹, ils sont capables d'agir, mais ne le font que lorsqu'ils le jugent absolument nécessaire. Ce groupe comprendrait les nouveaux membres qui accusent un manque de confiance avant d'être solidement établis au sein de l'équipe.

Subordonnés efficaces/exemplaires

Les subordonnés efficaces ou exemplaires possèdent tant la capacité de reconnaître les erreurs que la motivation pour s'exprimer. Ainsi, ils sont les mieux placés pour apporter une contribution à une équipe expérimentée, et pour passer harmonieusement du rôle de subordonné à celui de leader et inversement. Comme l'appellation le laisse entendre, ce type de subordonné est considéré comme étant le meilleur. Puisque les subordonnés efficaces ou exemplaires sont capables de pensée autonome, ils jetteront un regard critique sur la situation. Toutefois, la simple critique ne suffit pas, les équipes ont besoin de membres qui s'engagent. Les subordonnés exemplaires doivent également faire siennes les décisions de l'équipe, et considérer les échecs et les réussites de l'équipe comme les leurs propres³⁴.

Sommaire

Comme nous l'avons indiqué, les leaders et subordonnés modernes efficaces sont des participants de plus en plus actifs, et l'on s'attend à ce qu'ils s'expriment. Il nous faut reconnaître que l'écoute est aussi importante que l'expression, et que l'action importe autant que la critique. Les bons membres d'équipe sont capables de faire abstraction de leurs propres besoins pour centrer leur attention sur le patient. En outre, ils ne craignent pas de s'affirmer et de s'engager lorsque l'équipe dévie, et ils ont suffisamment d'assurance pour se taire et suivre lorsque c'est ce qu'il faut faire.

Les attitudes chez les jeunes médecins et les étudiantes en soins infirmiers se déterminent vraisemblablement tôt dans la formation³⁵. Elles comprennent les notions de leadership et d'esprit de subordination, de même que celles d'identité professionnelle et personnelle, ainsi que de rapport avec le pouvoir. Par conséquent, il est nécessaire d'éduquer avant que les notions s'enracinent. Les efforts doivent cibler le décloisonnement des professions, des spécialités, des genres et des générations. Il est heureux que les principes de gestion des ressources en cas de crise (GRC) et les exercices réguliers de simulation insistent davantage sur l'importance de la formation multidisciplinaire, l'empathie au sein des équipes, les hiérarchies moins marquées, la communication ouverte ainsi que l'acceptation du fait que les habiletés des leaders et des subordonnés peuvent être différentes et complémentaires.

La nécessité d'un meilleur leadership est largement reconnue, mais les stratégies pra-

tiques demeurent rares. Jusqu'à tout récemment, le concept d'esprit de subordination a été relativement ignoré, même s'il est essentiel pour les équipes hautement productives et la sécurité des soins aux patients. Parce que la science n'est pas encore développée, notre meilleure approche consisterait actuellement à simplement trouver, refléter, promouvoir et diffuser les meilleurs exemples de leadership et d'esprit de subordination. En outre, au lieu de présenter ces ensembles de compétences comme des éléments séparés, nous pouvons enseigner une « troisième façon » pour former des cliniciens qui passent en douceur du rôle de leader à celui de subordonné et inversement, et qui acceptent le fait que les équipes réussissent ou échouent ensemble. Quel que soit le style de leadership ou d'esprit de subordination, le but demeure le même : répondre aux besoins des patients.

Références

1. Justice Potter Stewart. http://en.wikipedia.org/wiki/Potter_Stewart
2. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. *CanMeds 2015 physician competency framework*. Ottawa (ON): The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
3. Canadian Nurses Association. *Nursing leadership* [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Nurses Association; 2009 [cited 2016, Oct. 20]. Available from: www.cna-aaic.ca/-/media/cna/page-content/pdf/en/nursing-leadership_position-statement.pdf?la=en.
4. Burgi H, Rindlisbacher B, Bader C, et al. *Swiss catalogue of learning objectives* [Internet]. Bern (Switzerland): Joint Commission of the Swiss Medical Schools; 2008 [cited 2016, Oct. 20]. Available from: http://scolo.smifk.ch/downloads/scolo_2008.pdf.
5. General Medical Council. *Promoting excellence: standards for medical education and training* [Internet]. London (UK): General Medical Council; 2016 [cited 2016 Oct. 20]. Available from: www.gmc-uk.org/education/standards.asp.
6. *Learning objectives for medical student education — guidelines for medical schools*. *Acad Med*. 1999;74:13–8.
7. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. *Report of the working party*, Copenhagen, 14-16 October 1999. *Med Educ*. 2000;34:665–75.
8. Uhl-Bien M, Riggio RE, Lowe KB, et al. *Followership theory: a review and research agenda*. *Leadersh Q*. 2014;25:83–104.
9. Covey SR. *The leader formula: the 4 things that make a good leader* [Internet]. Salt Lake City (UT): Franklin Covey [cited 2016 Oct. 20]. Available from: www.stephencovey.com/blog/?p=6.
10. Agho AO. *Perspectives of senior-level executives on effective followership and leadership*. *J Leadersh Organ Stud*. 2009;16:159–66.
11. Carsten MK, Uhl-Bien M, West BJ, et al. *Exploring the social constrictions of followership*. Lincoln (NE): University of Nebraska; 2010 [cited 2016 Oct. 20]. Available from: <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1019&context=leadershipfacpub>.
12. Kean S, Haycock-Stuart E, Baggaley S, et al. *Followers and the co-construction of leadership*. *J Nurs Manag*. 2011;19:507–16.
13. Crossman B, Crossman J. *Conceptualising followership — a review of the literature*. *Leadership*. 2011;7:481–97.
14. Katz D, Kahn RL. *The social psychology of organizations*. 2nd ed. New York (NY): Wiley; 1978.
15. Fairhurst GT, Grant D. *The social construction of leadership: a sailing guide*. *Manag Commun Q*. 2010;24:171–210.
16. Yukl GA. *Leadership in organizations*. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 1981.
17. Bass BM. *Transformational leadership and performance beyond expectations*. Cambridge (MA): Division of Research, Harvard Business School; 1984.

18. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *J Nurs Manag.* 2013; 21:709–24.
19. Bass BM, Stogdill RM. *Bass & Stogdill's handbook of leadership: theory, research, and managerial applications.* New York (NY): Simon and Schuster; 1990.
20. Bass BM. *Transformational leadership: industrial, military, and educational impact.* Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1998.
21. Bass BM, Avolio, BJ. *Improving organizational effectiveness through transformational leadership.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994.
22. Bass BM. The ethics of transformational leadership. In: Ciulla J, editor. *Ethics: the heart of leadership.* Westport (CT): Praeger; 1998. p. 169–192.
23. Sims HP, Faraj S, Yun S. When should a leader be directive or empowering? How to develop your own situational theory of leadership. *Bus Horiz.* 2009;52:149–58.
24. Bass BM, Avolio BJ, Jung DI, et al. Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *J Appl Psychol.* 2003;88:207–18.
25. Strack van Schijndel RJM, Burchardi H. Bench-to-bedside review: leadership and conflict management in the intensive care unit. *Crit Care.* 2007;11:234.
26. Kunzle B, Zala-Mezo E, Wacker J, et al. Leadership in anaesthesia teams: the most effective leadership is shared. *Qual Saf Health Care.* 2010;19:e46.
27. Klein KJ, Ziegert JC, Knight AP, et al. Dynamic delegation: shared, hierarchical, and deindividualized leadership in extreme action teams. *Admin Science.* 2006;51:590–621.
28. Alcorn DS. Dynamic followership: empowerment at work. *Manag Q.* 1992;33:9–13.
29. Brown AD, Thornborrow WT. Do organizations get the followers they deserve? *Leadersh Organ Dev J.* 1996;17:5–11.
30. Kelley RE. *The power of followership.* New York (NY): Doubleday; 1992.
31. Murphy D. Followers for a new era. *Nurs Manag.* 1990;21:68–9.
32. Chaleff I. *The courageous follower: standing up to and for our leaders.* 3rd ed. San Francisco (CA): Berrett-Koehler Publishers; 2009.
33. Sy T. What do you think of followers? Examining the content, structure, and consequences of implicit followership theories. *Organ Behav Hum Decis Processes.* 2010 Nov 30;113(2):73–84.
34. Sculli GL, Fore AM, Sine DM, et al. Effective followership: a standardized algorithm to resolve clinical conflicts and improve teamwork. *J Healthc Risk Manag.* 2015;35:21–30.
35. Barrow M, McKimm J, Gasquoine S. The policy and the practice: early-career doctors and nurses as leaders and followers in the delivery of health care. *Adv Health Sci Educ.* 2010;16:17–29.

Le travail d'équipe en médecine de soins aigus

Auteurs : Peter G. Brindley, Sabira Valiani, Christopher Hicks

Réviseur : Eduardo Salas



« *Si vous voulez aller vite, allez seuls. Si vous voulez aller loin, allez-y ensemble.* »

Proverbe africain

Introduction

Le travail d'équipe importe

Durant les années 1970, deux Boeing 747 sont entrés en collision sur la piste de l'aéroport Los Rodeos à Tenerife. Cinq cent quatre-vingt-trois personnes ont trouvé la mort dans ce tragique accident des appareils KLM 4805 et Pan Am 1736, qui est ainsi devenu la catastrophe la plus meurtrière de l'histoire de l'aviation. L'analyse des causes profondes a conclu que la responsabilité reposait, à tout le moins partiellement, sur une lacune au chapitre de l'esprit d'équipe, comme dans le cas de nombreux incidents d'aviation graves¹. Dans le domaine clinique, le travail d'équipe se présente comme un élément tout aussi vital qui comporte un même degré de fragilité. Alors que les autres chapitres de cet ouvrage se concentraient principalement sur les habiletés individuelles non techniques, celui-ci est axé sur l'équipe.

L'importance de l'équipe devient évidente lorsque l'on considère qu'à notre époque, un patient aux soins intensifs nécessite quotidiennement près de 180 interventions¹. Peu importe le nombre exact, une complexité clinique de ce genre signifie que, de nos jours, les besoins d'un patient dépasseront même la capacité du plus compétent fournisseur de

soins de santé. Bref, la prestation des soins de santé même les plus simples requiert un travail d'équipe. La complexité croissante des soins aux patients à notre époque et l'exigence en matière de sécurité, de fiabilité et de prévisibilité dénotent que nous avons aussi besoin d'équipes efficaces.

Les données sur le transport aérien laissent entendre que les accidents d'avion sont moins fréquents lorsque le copilote, plutôt que le pilote, est aux commandes². Des psychologues et des experts en matière de facteurs humains ont débattu des raisons de ce constat qui s'explique partiellement du fait que la situation crée une équipe particulière. Dans cette équipe d'aviation, le subordonné est aux commandes, libérant ainsi le pilote pour superviser, et les rôles de chacun sont clairement définis. Si nous formons une équipe qui fonctionne bien, si petite soit-elle, les membres sont vraisemblablement mieux en mesure de tirer parti d'une portée mentale plus vaste, d'une capacité physique accrue et de réserves psychologiques plus étendues qu'auparavant². À l'inverse, si nous créons une équipe dysfonctionnelle, nous ne faisons qu'augmenter la probabilité de confusion et de déstabilisation. Par conséquent, le temps investi à améliorer ou à maintenir l'équipe n'est pas du temps perdu.

Les cliniciens ont souvent plus de facilité à reconnaître le travail d'équipe, fructueux ou non, qu'à le définir. Les psychologues ont défini le travail d'équipe efficace comme « des efforts en collaboration visant l'atteinte d'un but commun » et ont insisté sur le fait qu'il signifie généralement plus que l'exécution par des subordonnés des directives d'un leader³. De plus, des spécialistes des équipes ont souligné les constructs sociaux et l'interdépendance des membres d'une équipe^{4,5}. Dans des systèmes complexes et imprévisibles, une approche psychologique envers le travail d'équipe représente plus que la simple exécution de tâches; il s'agit de maximiser les capacités de résolution de problèmes, de sorte que l'ensemble dépasse la somme des parties .

Tout comme dans les domaines de l'aviation et de la psychologie, la littérature médicale suggère maintenant davantage que le travail d'équipe inadéquat figure parmi les raisons les plus fréquentes d'erreurs médicales évitables^{1,3,6-9}. De plus, il n'existe pas qu'une seule compétence globale en matière de travail d'équipe dans la profession médicale; ces compétences sont multiples. Par conséquent, notre présentation croisera et recoupera d'autres attributs de la gestion des ressources en cas de crise dont il est question dans cet ouvrage. À l'instar de nos autres chapitres qui ont souligné les faiblesses les plus fréquentes dans le processus décisionnel ou la conscience situationnelle, en mettant en évidence les lacunes courantes dans le travail d'équipe, il devient impossible d'éluider une « vérité qui dérange » : en dépit d'avancées impressionnantes dans ce que nous pouvons faire pour nos patients (soit, grâce à nos technologies), nous avons beaucoup de chemin à parcourir en ce qui a trait à notre façon de leur prodiguer des soins (autrement dit, en faisant appel à nos habiletés non techniques). Puisque la médecine a axé ses efforts sur l'avancement scientifique traditionnel, elle accuse un retard dans la compréhension du fonctionnement des équipes au chevet des patients^{1,3}.

En plus d'aborder les faiblesses fréquentes, nous pouvons également repérer et analyser les habiletés des personnes les plus performantes, et apprendre d'elles.

Tableau 1 : Sommaire des stratégies concrètes pour améliorer le travail d'équipe en médecine

Facteur Relatif à L'équipe	Recommandations
Culture	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de « nous » et moins de « je » • Respect mutuel • « Ce » qui est juste, et non « qui » a raison • Favoriser l'empathie au sein de l'équipe
Établissement D'une Structure	<ul style="list-style-type: none"> • Répartir les rôles • Attribuer les responsabilités • Établir les priorités • Maintenir une communication constante
Modèle Mental Commun	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que tous soient sur la même longueur d'onde • Solliciter l'avis des autres à chaque occasion • Préciser les priorités • Gérer les émotions de l'équipe
Surveillance Réciproque	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le rendement • Surveiller la charge de travail • Renforcer l'empathie au sein de l'équipe • Favoriser les rétroactions
Maintenir la Résilience	<ul style="list-style-type: none"> • Séances de pratique régulières • Solliciter des rétroactions • Favoriser le débriefage • Accorder du temps pour des interactions informelles

Adapté de St. Pierre, et coll., 2008.

Heureusement, tant la psychologie que l'aviation proposent déjà un discours et des stratégies applicables à des façons de créer une « science du travail d'équipe » et une « science de la gestion de la complexité » (tableau sommaire 1). Une grande part de notre travail débutera, ou se verra paralysée, par l'acceptation par les soins aigus de ce que la psychologie a depuis longtemps compris : le fait qu'une équipe d'experts ne correspond pas nécessairement à une équipe experte, et que le milieu de travail de l'avenir est plus

susceptible de se centrer davantage sur le « nous » que sur le « je »³. Il est temps que nos équipes médicales se modernisent pour la même raison que l'aviation : un trop grand nombre de décès évitables^{1,3,6-9}.

Créer des équipes de soins de santé efficaces

Avant que l'on nous accuse d'offrir des solutions simples à des problèmes complexes, nous devons présenter un avertissement : l'idée que le travail d'équipe en soins aigus doit simplement refléter ce qui se fait dans d'autres professions à enjeux élevés est indûment simplifiée et exagérée, parce que la prestation des soins de santé comporte ses propres subtilités, contraintes et exigences. Il nous faudrait assurément accueillir volontiers les meilleures méthodes « toutes faites » que d'autres pourraient nous proposer, mais nous ne devons pas sous-estimer ou simplifier à outrance nos enjeux médicaux. Les équipes médicales doivent pouvoir s'appuyer sur des études rigoureuses et des structures qui leur sont adaptées. Qui plus est, bien que les problèmes et les besoins soient les mêmes d'une équipe de soins de santé à l'autre, la formation destinée aux urgentistes ne convient pas nécessairement aux obstétriciens. Cela signifie qu'il faut aussi établir les objectifs de formation en fonction des besoins spécifiques du milieu et du domaine¹⁰.

Afin de maximiser les possibilités de sauver la vie des patients, nous devons adapter la mission de l'équipe en fonction de chacun d'eux. Cette démarche ne correspond pas toujours à la structure d'équipe optimale qui met en priorité les résultats du savoir universitaire ou aide les praticiens juniors à acquérir et à maintenir des habiletés. Pour pouvoir mesurer l'efficacité des équipes médicales, il nous faudrait sans doute commencer par définir notre but principal et nos objectifs secondaires ou concurrents¹¹. Helmreich¹² a affirmé que le but premier de la formation au travail d'équipe devait être la réduction des erreurs médicales. Ce n'est pas un problème insurmontable que d'avoir plus d'une mission, mais il est de mise de résister à la tentation de nous précipiter vers des conclusions simplistes.

Fait rassurant, des études ont démontré que les mesures globales du travail d'équipe peuvent être améliorées à la suite d'une formation ciblée⁴. Des études ont aussi fait état de l'amélioration de paramètres moins évidents suivant une formation au travail d'équipe : la satisfaction des patients, la durée de l'hospitalisation, les complications et même la mortalité¹³. Par conséquent, nous devons cesser de considérer le travail d'équipe comme une compétence « non technique ». Au contraire, l'esprit d'équipe acquis par le truchement d'une formation ciblée coïncide avec les objectifs principaux des soins aigus : sauver des vies et protéger les patients vulnérables¹³. Il faut également amener les praticiens à faire un effort supplémentaire pour comprendre ce que c'est que d'entretenir des équipes très productives.

Une compréhension plus approfondie du travail d'équipe en médecine

Les avions peuvent demeurer au sol en raison de conditions météorologiques inclementes, et les psychologues ont le luxe du temps d'observation. À l'opposé, les équipes de soins de santé doivent intervenir malgré un degré d'incertitude plus élevé qui s'accompagne d'une pression temporelle accrue. Les équipes médicales ponctuelles doivent se former rapidement, souvent sans que leurs membres aient une expérience préalable des capacités et des styles de travail des autres¹³. Ces équipes ont en outre une durée de vie relativement brève; après tout, la plupart des interventions médicales sont plus courtes que les déplacements en avion. Un certain degré de souplesse entre d'ordinaire dans la composition des équipes médicales en raison de nombre considérable de combinaisons aléatoires de médecins et d'infirmières réunis dans un même quart de travail^{13,14}. Il devient naturel que nos rôles soient prévisibles et prédéfinis en fonction de notre spécialité, en dépit du fait qu'en règle générale, nous travaillons ensemble durant de courtes périodes et de façon intermittente, ou peut-être en raison de cela. Pour illustrer de manière simple, en milieu hospitalier, les médecins sont généralement responsables de la prise en charge des voies aériennes, tandis qu'il revient habituellement au personnel infirmier d'effectuer les compressions thoraciques.

Le leadership en soins cliniques actifs peut être négocié, délégué en alternance et partagé¹³. Par exemple, durant la réanimation d'un patient en arrêt cardiaque, le chef de l'équipe d'intervention peut faire une pause pour permettre à un autre médecin, comme un anesthésiologiste, d'intuber le patient. Pendant ce temps, l'anesthésiologiste peut momentanément diriger l'équipe en demandant l'administration d'un sédatif ou qu'on lui remette des instruments. À la suite de l'intubation, le leadership revient au chef de l'équipe d'intervention, les compressions thoraciques sont reprises, et l'anesthésiologiste peut même quitter la pièce. De même, il est possible de créer, puis de démanteler, des sous-équipes au cours d'une réanimation; ceci représente un exemple de structure d'équipe divisionnaire plutôt que fonctionnelle. Une structure divisionnaire peut comprendre des sous-équipes responsables de l'intubation et de la réanimation liquidienne fonctionnant de manière semi-autonome durant une période donnée pour l'exécution d'une tâche spécifique. Toutes ces permutations au sein d'une équipe peuvent être mises à l'essai et perfectionnées auparavant afin d'éviter d'exposer le patient vulnérable à des risques inutiles.

Peu importe la tâche, le travail d'équipe se fonde sur des valeurs culturelles. Autrement dit, la culture influe sur le travail d'équipe, même si cette action peut être difficile à définir, mesurer ou quantifier. La culture est communément comprise comme un ensemble complexe qui reflète le savoir, les croyances, les coutumes et les usages d'un groupe. Elle représente aussi une somme de valeurs qui sont habituellement acceptées sans remise en question, et retransmises par communication et imitation¹⁵. On ne peut généralement pas l'imposer, mais elle peut être encouragée. La culture influe sur le travail d'équipe parce qu'elle détermine les comportements, les attitudes et les actions des

membres de l'équipe, sur le plan individuel et collectif. Sa puissance est telle qu'elle peut supplanter l'éducation ou la notion du bien et du mal^{3,16}. Les efforts pour comprendre la culture locale du travail d'équipe — bonne et mauvaise — sont essentiels à une formation efficace des équipes et à une amélioration ciblée.

Équipes médicales, anciennes et nouvelles

Traditionnellement, la médecine possédait une culture admirable fondée sur la participation et l'autonomie des patients relativement à leur santé (« la responsabilité commence ici »). L'inconvénient de cette culture résidait dans le fait que nous nous concentrons plus sur les objectifs personnels que sur la cohésion d'équipe³. D'après cette culture dominante de l'individualisme, nous attribuons la réussite à des efforts individuels et l'échec à des faiblesses individuelles. Les soins de qualité sont historiquement associés au rendement d'un seul praticien, et les correctifs ont été axés sur la compétence individuelle^{3,6-9,17}. Cela n'est pas surprenant; après tout, la culture médicale reflète la culture occidentale qui l'a créée. De même, la culture occidentale évolue, et la culture médicale en fait autant. Par conséquent, le travail au sein d'une équipe médicale moderne comporte de comprendre à quel moment notre culture nous aide et quand elle devient un obstacle¹⁷. Une équipe qui fonctionne efficacement conservera le meilleur de l'ancienne structure (c.-à-d. la fiabilité, la définition des rôles) et intégrera de manière sécuritaire le meilleur de la nouvelle (c.-à-d. l'inclusion, l'engagement).

Les équipes de soins de santé travaillent au sein d'organisations et de systèmes de santé plus considérables. C'est pourquoi les systèmes et les ressources maintenant en place devraient faciliter — ou à tout le moins éviter d'entraver — le travail d'équipe au chevet des patients. La formation au travail d'équipe devrait s'harmoniser avec les buts organisationnels et recevoir le soutien de tous les niveaux de la direction^{11,14}. Autrement, même les meilleures équipes travailleront isolées ou s'opposeront les unes aux autres. Un vaste soutien à l'échelle systémique signifie également que la formation au travail d'équipe peut devenir le pivot de la mise en œuvre de changements dans l'ensemble de l'hôpital (p. ex., la pratique avec les outils de transfert des soins, ou la mise en place d'une équipe d'intervention rapide). L'engagement organisationnel peut en outre faire en sorte que la formation au travail d'équipe étende ces habiletés à l'ensemble du système de santé et que le rendement dépende moins des personnalités individuelles^{11,18}. Non seulement la participation de la direction dans la conception et la mise en œuvre de la formation renforce le soutien institutionnel, mais elle indique aussi que la formation s'harmoniserait mieux avec les grandes priorités de l'organisation.

Les soins aigus à notre époque portent autant sur l'instauration de l'empathie parmi les membres de l'équipe que sur la maximisation des connaissances individuelles ou du savoir-faire dans les interventions. Ceci s'explique par le fait que les membres d'une équipe mettent entièrement à contribution leurs capacités seulement lorsqu'ils se sentent à l'aise pour le faire et qu'ils comprennent bien la situation. Les membres d'une équipe participent à deux types de travaux au sein de leur groupe. Le premier type est

le travail de tâche, qui est constitué des processus techniques individuels (p. ex., l'insertion d'un cathéter intraveineux). Le travail de tâche est complété par le travail d'équipe, qui renvoie aux habiletés et aux comportements permettant aux équipes d'œuvrer vers un but commun¹⁹. Dans les systèmes dynamiques complexes, il est peu probable que les individus possèdent à eux seuls les ressources cognitives suffisantes pour résoudre une crise. L'équipe offre une compréhension commune, un soutien mutuel et une surveillance réciproque. De cette manière, le travail d'équipe efficace aide à intégrer les processus fondés sur l'équipe et les tâches; l'un sans l'autre est généralement lacunaire²⁰.

Nous devons également alimenter la souplesse et la résilience des équipes. Cela comporte notamment d'élaborer des normes d'interaction suffisamment solides pour résister aux changements de circonstances et de milieu, ainsi qu'au stress et à la fatigue. La résilience dans les systèmes complexes englobe la capacité de comprendre ce à quoi il faut s'attendre (compréhension de rôles, de la répartition des tâches et de l'intégration des normes culturelles), ce qu'il faut rechercher (comment et quand déclarer un état de crise), comment intervenir (le travail fondé sur l'équipe et les tâches des équipes médicales) et comment faire un retour sur la situation (par voie de débriefage et d'examen ciblé de l'incident)²¹. Plus particulièrement, cela signifie que les meilleures équipes conserveront leur capacité à échanger des informations, établir la priorité des tâches et les coordonner, pallier mutuellement les faiblesses, et communiquer et recevoir des rétroactions pertinentes^{5,14,18,22}. Par conséquent, nous ne devons pas nous étonner du fait que les psychologues aient déterminé que les faiblesses les plus courantes au sein des équipes résident dans la difficulté à distribuer les rôles, à responsabiliser les membres de l'équipe, à effectuer des vérifications et à partager les informations pertinentes³.

Les meilleures équipes médicales comprennent ce que les psychologues savent depuis longtemps : le travail d'équipe efficace est rarement une affaire de hasard. De plus, nous obtenons souvent les équipes que nous méritons, et les efforts déployés expliquent généralement la qualité qui s'ensuit. Les meilleures équipes sont volontaires et se maintiennent par des efforts soutenus sur plusieurs fronts^{11,14}. Heureusement, les équipes inefficaces peuvent s'améliorer et, malheureusement, les bonnes équipes peuvent devenir médiocres. Comme presque tout dans le domaine de la médecine, on récolte ce qu'on a semé.

Tout comme il est nécessaire de guider les interactions de l'équipe durant une crise, nous devons aussi relâcher la pression une fois la crise résolue. Par exemple, il importe de laisser les membres de l'équipe se détendre et se divertir ensemble. C'est ainsi qu'ils soulagent le stress, renforcent leur esprit de camaraderie et maintiennent le sentiment de participation à une mission commune. Ce n'est pas frivole que de permettre aux membres de l'équipe de rire ensemble; ils conservent ainsi leur résilience pour aborder la crise suivante²³. Il existe un risque réel que le secteur de la santé moderne devienne une zone qui ne laisse pas de place à l'humour. Tout comme le manque de courtoisie peut être iatrogénique, le sérieux et la rectitude politique excessifs, même bien intentionnés, seraient susceptibles de nuire à l'équipe.

Les habiletés pratiques en matière de travail d'équipe seront abordées de manière

plus approfondie dans les sections sur le leadership, la communication, la compréhension commune et la surveillance réciproque présentées ci-dessous. Quelques-unes de ces habiletés revêtent une importance telle qu'elles sont traitées en détail dans d'autres chapitres. Il peut même se révéler difficile d'analyser ces attributs. Quoi qu'il en soit, ils font ici l'objet d'une présentation supplémentaire pour illustrer comment et pourquoi nous devrions redoubler d'efforts afin d'assurer que l'équipe est à la hauteur de la tâche.

Compétences en travail d'équipe

Leadership

Le leadership d'équipe efficace peut se définir librement comme la mesure dans laquelle il contribue à réprimer le chaos en offrant de l'ordre, une structure et de la supervision¹⁶. Pour diriger efficacement, le leader assume habituellement un rôle central de communication des priorités et de délégation des tâches¹⁸. Il est nécessaire de gérer et d'équilibrer tant les comportements axés sur les tâches (p. ex., sauver la vie du patient) que ceux axés sur les personnes (p. ex., soutenir les aspects socioaffectifs de l'équipe) afin de créer un environnement favorable pour l'équipe^{3,16,24}.

Les directives portant sur les tâches assurent l'exécution du travail de tâche et la définition des rôles²⁴. Cependant, c'est la profession qui détermine habituellement la répartition des tâches (p. ex., les anesthésiologistes s'occupent de l'intubation, et les chirurgiens, de l'opération³). Par conséquent, ces tâches et rôles s'attribuent souvent d'eux-mêmes. Néanmoins, s'il existe un potentiel de confusion (p. ex., l'anesthésiologiste et le chirurgien sont tous deux capables de poser un cathéter central), le chef d'équipe efficace anticipera (p. ex. : « Dr Tremblay, vous intuberez; Dr Gagnon, vous poserez les cathéters. »). De même, les chefs d'équipe efficaces fourniront une carte cognitive qui comprendra les tâches prioritaires (p. ex. : « Dr Tremblay, veuillez attendre que le Dr Gagnon procède à l'intubation avant d'insérer le cathéter veineux central. »).

Étant donné que nous, les humains, sommes des « animaux sociaux », nous préférons établir une relation, même superficielle, avant d'exécuter une tâche. De toute évidence, il peut être difficile de concrétiser l'idée d'une relation préalable à la tâche en raison de la pression temporelle inhérente à la prestation de soins aigus. Par conséquent, nous pouvons dire que les « bons membres » d'une équipe sont les personnes qui réussissent à fonctionner efficacement malgré l'absence de familiarité. Cependant, comme nous l'avons souligné précédemment, la prestation de soins aigus requiert plus que des mesures énergiques. Les bons leaders gèrent l'équipe ainsi que les crises interpersonnelles qui peuvent survenir. Cela signifie qu'à court terme, les bons leaders sauvent la vie du patient et désamorcent les crises interpersonnelles. Puis, ils prennent plus tard le temps de comprendre et de guérir l'équipe.

Les leaders qui sont « axés sur les personnes » favorisent les relations sociales, l'autonomisation et les échanges créatifs en vue de modeler l'équipe vers l'atteinte d'un but commun souhaité. Les comportements de leadership axé sur les personnes se révèlent plus efficaces pour l'amélioration de la productivité des équipes dans des environne-

ments complexes. À l'opposé, le leadership axé sur les tâches obtient de meilleurs résultats dans des environnements simples²⁴. Les comportements qui donnent la priorité aux tâches sont utiles lorsque nous devons exécuter des procédures simples rapidement. Les comportements axés sur les personnes impulsent l'abstraction des rôles de « leader » et de « subordonné » pour transformer l'équipe en une machine pensante synchronisée. Ce type de leadership est approprié dans des circonstances qui requièrent un engagement plus soutenu et des communications accrues.

Communication

La communication verbale est cruciale à l'optimisation de l'efficacité du travail d'équipe. Toutefois, le silence est courant dans les situations de crise⁶. Ainsi, le silence est d'or au cours d'une intervention chirurgicale, mais c'est rarement le cas durant une réanimation en équipe. Tout comme on enseigne aux pilotes à éviter le « silence de la boîte noire » en cas de crise, on peut apprendre aux membres des équipes de soins de santé à annoncer systématiquement leurs intentions, ou à résumer la situation et demander quelles seront les mesures suivantes⁶. Une fois que la communication verbale est établie, l'assertivité croissante et la définition graduelle de la situation contribuent à assurer que les échanges sont entendus et compris⁶. L'achèvement de la tâche peut alors être confirmé par la communication en boucle fermée, et on peut demander des rétroactions⁶. Le chef d'équipe et les membres doivent réduire les communications verbales excessives par des mesures appropriées de contrôle du bruit. Cela signifie qu'il nous faut limiter le bruit durant des interventions cruciales, comme l'intubation, et que nous ne devrions pas nous vexer lorsque l'on nous demande de nous taire.

La manière de communiquer est aussi importante que le message. On doit donc éviter d'employer un langage dilué qui dore la pilule. La communication doit être claire et décidée. De plus, le locuteur a la responsabilité de transmettre les informations; les destinataires ne devraient pas avoir à les décoder⁶. Une étude publiée en 2015 dans la revue *Pediatrics*²⁵ a mis en évidence les effets extrêmement négatifs de l'impolitesse sur le travail d'équipe. Des employés de l'unité des soins intensifs néonataux effectuaient des simulations de réanimation et ont été désignés de façon aléatoire pour recevoir des rétroactions neutres par rapport à brusques de la part d'un « expert externe » à mi-chemin de l'exercice. Les remarques désobligeantes étaient relativement tempérées étant donné qu'elles n'ont pas été transmises directement par une personne connue, qu'elles n'étaient pas soutenues et n'étaient pas chargées d'agressivité manifeste ou de vulgarité. Il a été déterminé que cette seule modification (l'impolitesse) a perturbé le rendement beaucoup plus qu'un manque de sommeil chronique. Les auteurs ont poursuivi en proposant un mécanisme psychologique pour l'iatrogénèse provoquée par l'impolitesse. Ils ont conclu que l'impolitesse a nui au rendement au chapitre du diagnostic parce qu'elle a entravé le partage des informations et a contrarié l'exécution de l'intervention parce qu'elle a refréné les demandes d'aide. Il serait utile de reproduire cette étude, mais on en déduit qu'il faut éviter l'impolitesse. Nous le répétons, il faut aussi s'employer fermement à éviter de se vexer.

Compréhension commune et surveillance réciproque

Un « modèle mental commun » (une compréhension commune ou, en termes plus familiers, le sentiment que tous sont sur la « même longueur d'onde ») constitue une stratégie clé du travail d'équipe³. Cette stratégie contribue à former une équipe axée sur la tâche et les personnes, plutôt que sur le pouvoir et l'ego. Cette feuille de route cognitive commune aide également l'équipe à établir l'ordre de priorité des tâches, gérer les informations, répartir les rôles, stabiliser les émotions et renforcer la confiance³. La cognition partagée peut nous aider à prévoir les besoins des autres membres de l'équipe et impulser l'innovation en cas de problèmes peu courants^{4,26}. La création de modèles mentaux peut commencer avant la réanimation. Par exemple, dans la minute qui précède l'arrivée du patient, l'équipe peut procéder à une préparation psychophysique ou à un « réchauffement » mental. Cela peut aider à prévoir et établir les priorités initiales pour tous les membres de l'équipe interprofessionnelle²⁷.

Si le temps le permet, le chef d'équipe devrait inviter les membres à suggérer un modèle mental (« Qu'en pensez-vous? Que devrions-nous faire? »). Après tout, des propositions diversifiées offriront à l'équipe un plus grand nombre d'options^{3,16}. Cependant, lorsque le temps est compté, le leader doit rapidement établir un modèle mental raisonnable auquel adhéreront les membres (« Je crois qu'il s'agit d'un choc hémorragique; veuillez procéder ainsi. »).

Le modèle mental peut et doit être réitéré et revu au cours de la progression de la réanimation, ou lorsque des informations supplémentaires se présentent. Par exemple, une équipe peut avoir travaillé en fonction de l'hypothèse que le patient avait des saignements, mais une échographie au chevet a révélé une surcharge de la pression ventriculaire gauche; cette équipe doit se réorienter par rapport à la probabilité qu'un gros caillot ait atteint les poumons du patient et à la nécessité de modifier radicalement le traitement. Peu importe l'exemple clinique employé, plus les modèles mentaux se recourent, plus il est probable que les membres de l'équipe prévoiront, adapteront et coordonneront, même sous le stress ou face à une situation entièrement nouvelle^{3,26}.

Les membres des équipes hautement productives se soucient les uns des autres. Cela signifie que nous devons à la fois sauver la vie des patients et répondre aux besoins des membres de l'équipe. La surveillance réciproque comprend l'observation des réactions des membres aux stimuli, au stress et aux distractions. De même, si un membre de l'équipe est surchargé ou se culpabilise inopportunistement, nous devons rechercher des façons de rétablir l'équilibre. Des séances régulières de pratique et de débriefage renforcent les messages cliniques, mais elles offrent également des occasions multiples de stimuler l'empathie et la cohésion au sein de l'équipe²⁸. Il ne s'agit pas seulement de pratiquer jusqu'à ce que les réactions se transforment en réflexes, mais aussi d'établir très clairement que tous les membres de l'équipe sont importants³.

Formation

La conscience situationnelle la plus aiguë (se reporter au chapitre sur la sensibilisa-

tion et l'attention dans les soins aigus) et le temps de réaction le plus court découlent de la pratique, de l'exposition et de la réflexion¹⁶. Par conséquent, la simulation médicale (que ce soit à l'aide de simulateurs haute-fidélité, d'acteurs ou d'imagerie cognitive préventive) est beaucoup plus qu'un outil d'enseignement tendance. Au contraire, la simulation représente un outil de formation au travail d'équipe unique, grandement nécessaire et très sécuritaire. La simulation constitue une excellente façon d'apprendre par la pratique et d'aiguiser les réflexes de l'équipe. Elle est aussi un moyen de devenir résistant au stress, de démontrer la puissance du « modèle mental commun », et de cerner les erreurs de fixation et la surcharge cognitive.

La recherche en simulation médicale est encore relativement récente, particulièrement lorsqu'on la compare à l'aviation. Cependant, la formation en simulation médicale réalisée en milieu de travail (simulation in situ) a été associée à la découverte de menaces à la sécurité des patients qui n'avaient pas été décelées auparavant. La simulation a en outre mené à la formulation de recommandations concrètes visant l'amélioration des systèmes et des infrastructures²⁹. La formation au travail d'équipe présentée dans une variété de formats, à des stagiaires de contextes différents, et qui comporte un volet de simulation permet d'améliorer le rendement des équipes et les résultats pour les patients¹³.

On ne doit pas considérer la simulation simplement comme une formation onéreuse, un luxe ou une mode passagère. Au contraire, un programme rigoureux de simulation peut constituer un investissement judicieux au chapitre de la résilience des équipes, du maintien en poste du personnel et de la sécurité des patients. Nous pouvons également découvrir en plus grand nombre des façons économiques d'offrir des simulations haute-fidélité destinées aux équipes. Après tout, la technologie devient de plus en plus accessible, et l'imagination des participants est un excellent simulateur gratuit. La simulation a pour objectif de manipuler favorablement et de faire en sorte que les membres de l'équipe arrivent à « faire ce qu'il faut, même lorsque personne ne regarde », comme l'a indiqué l'auteur C.S. Lewis.

Mises en garde sur le plan psychologique

Non seulement nous avons besoin de travailler plus souvent en équipe, nous devons aussi le faire mieux. Tout travail d'équipe n'est pas foncièrement bon et, encore une fois, la psychologie offre des récits édifiants³⁰. Dans la tristement célèbre expérience de la « prison de Stanford » menée par Phillip Zimbardo, des étudiants ont assumé le rôle de prisonniers et d'autres, celui de gardiens. Cette étude a démontré à quel point nous pouvons facilement endosser des rôles, même négatifs. Bien qu'il ne s'agissait que d'un jeu de rôles pour les étudiants, les équipes sont devenues excessivement insolentes (les étudiants qui personnifiaient les prisonniers) ou odieuses (les étudiants qui assumaient le rôle de gardiens)³¹.

Dans une autre expérience, Stanley Milgram a réussi à convaincre des gens à administrer des décharges électriques à d'autres personnes, démontrant ainsi notre

propension à l'obéissance aveugle³². Qui plus est, les expériences de Solomon Asch au cours desquelles celui-ci a incité des experts à donner des réponses erronées simplement parce que des complices l'avaient fait auparavant montrent notre facilité à poser des gestes contraires à nos croyances. Les expériences d'Asch ne comportaient pas de contraintes directes, simplement le risque d'embarras social et la récompense associée au conformisme social³³.

Le psychologue Leon Festinger^{34,35} a déclaré que « l'homme n'est pas un animal rationnel, mais rationalisant ». Son équipe de recherche a étudié un groupe religieux à la suite du non-avènement de l'apocalypse qui lui avait été prédite³⁴. Cet épisode a renforcé au lieu d'affaiblir les croyances irrationnelles des membres du groupe lorsqu'ils ont conclu que leur foi inébranlable avait sauvé l'humanité. Festinger a également contribué à l'introduction de la notion de dissonance cognitive : le stress ou l'inconfort mental que ressentent les personnes dont les croyances, idées ou valeurs sont simultanément contradictoires³⁵. Cette dissonance cause des malaises psychologiques; par conséquent, les personnes cherchent à éviter, combattre ou refuser des informations qui remettent en question la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. Autrement dit, nous ne sommes pas toujours conscients de nos propres faiblesses alors que nous voyons clairement celles des autres.

Le travail d'équipe peut obliger une personne à confronter ses propres failles ou sa discordance. Le stress associé à l'évaluation sociale induit par la crainte d'être jugé par des pairs est un stimulant puissant de comportements souhaitables ou indésirables³⁶. Par conséquent, la participation au sein d'une équipe peut mener à un conformisme avantageux et produire un rendement supérieur au niveau qui peut être atteint individuellement. Cependant, les exemples présentés dans cette section montrent que nous privilégions la pensée de groupe et que nous nous rallions à l'opinion de la majorité plutôt que d'adhérer aux notions les plus logiques^{3,17}. Les équipes peuvent tout aussi facilement renforcer des hypothèses fausses, le déni, l'intransigeance et la pensée magique. Elles amplifient souvent les comportements individuels et le rendement personnel pour les bonnes raisons et les mauvaises. Dans le contexte des soins aigus, cela se traduit par la tendance des groupes à prendre plus de risques lorsque les individus ont une prédisposition pour le risque, et à exercer une plus grande prudence si les membres redoutent le risque^{3,17}.

Il peut s'avérer difficile d'accepter que des équipes motivées soient susceptibles de commettre des erreurs non techniques courantes¹⁶. Cette reconnaissance deviendrait encore plus problématique, compte tenu des remarquables avancées techniques dans le domaine de la médecine. Cependant, les humains évoluent en tant qu'êtres sociaux et sont par conséquent très influencés par les faiblesses et les pressions de groupe^{3,16}. Nous avons recours aux comportements qui ont produit de bons résultats jusqu'à maintenant, particulièrement dans des situations de crise¹⁶. Dans les faits, les équipes hautement productives peuvent en partie se définir par la mesure dans laquelle elles mettent à profit le meilleur de nos comportements primitifs en situation de crise et nous protègent contre nos faiblesses. Par exemple, les bons leaders peuvent miser sur notre

tendance à l'obéissance durant une crise en élevant la voix. Compte tenu de la dissonance cognitive, les chefs d'équipe perspicaces savent que lorsque les membres de l'équipe ont pour la plupart formé une opinion, ils ont tendance à ne pas y déroger malgré l'apport d'informations contradictoires³. Par conséquent, un bon chef d'équipe remettra en question les postulats de façon constante et délibérée.

Sommaire

Ce chapitre démontre que la prestation de soins de santé de grande qualité est pratiquement impossible de nos jours sans un travail d'équipe efficace. De plus, le spécialiste en soins aigus doit comprendre les fondements psychologiques de la réussite et de l'échec du travail d'équipe. Les équipes efficaces ont besoin de bons leaders, ce qui sous-entend de comprendre et guider le rendement humain sur le plan de l'individu, du groupe et de la culture dominante.

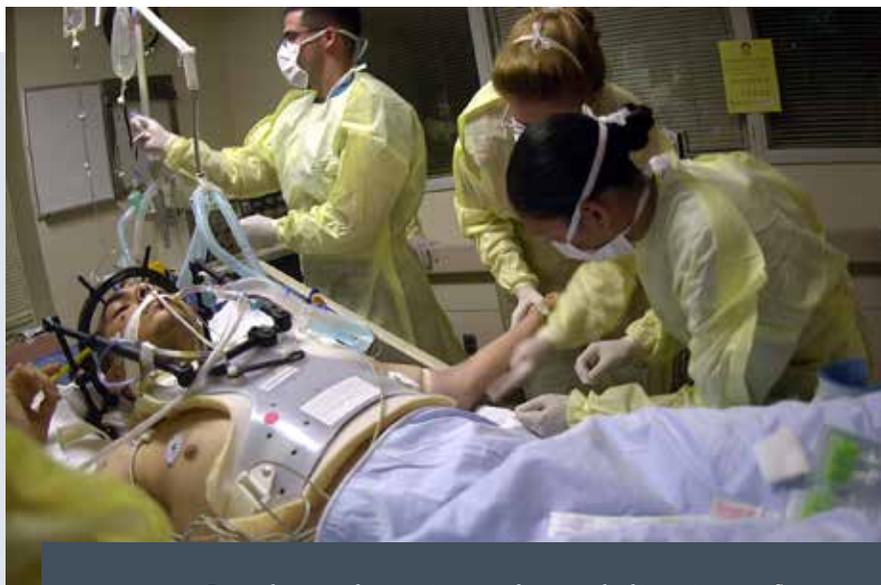
Le travail d'équipe ne doit pas être laissé au hasard. À l'instar des autres aspects de la gestion des ressources en cas de crise, le travail d'équipe doit faire l'objet d'une formation ciblée, de pratiques régulières et d'une étude rigoureuse. Nous devons à court terme adopter les meilleures stratégies d'autres professions à enjeux élevés et d'équipes à rendement supérieur. À plus long terme, il nous faut créer notre propre science de l'excellence des équipes médicales. Il reste à voir si nous avons le courage de protéger nos meilleures traditions et l'humilité nécessaire pour évoluer.

Références

1. Gawande A. The Checklist. In: Gawande A, editor. *The Checklist Manifesto*. New York(NY): Henry Holt and Company; 2009. p. 32–48.
2. Gladwell M. The ethnic theory of plane crashes. In: Gladwell M, editor. *Outliers*. New York (NY): Little, Brown and Company; 2008. p. 177–223.
3. St Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C. *Crisis management in acute care settings: human factors and team psychology in a high stakes environment*. New York (NY): Springer; 2008.
4. Salas E, Cooke NJ, Rosen MA. On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments. *Hum Factors*. 2008;50:540–7.
5. Weaver SJ, Lyons R, Diaz-Granados D, et al. The anatomy of health care team training and the state of practice: a critical review. *Acad Med*. 2010;85:1746–60.
6. Brindley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *J Crit Care*. 2011;26:155–9.
7. Gaba DM, Fish KJ, Howard SK. *Crisis management in anesthesiology*. New York (NY): Churchill Livingstone; 1994.
8. Gaba DM. Dynamic decision-making in anesthesiology: cognitive models and training approaches. In: Evans DA, Patel VI, editors. *Advanced models of cognition for medical training and practice*. Berlin (Germany): Springer-Verlag; 1992. p. 123–47.
9. Aron D, Headrick L. Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: It requires a systematic approach. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:168–73.
10. Burke CS, Salas E, Wilson-Donnelly K, et al. How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:i96-i104.

11. Salas E, Almeida SA, Salisbury M, et al. What are the critical success factors for team training in health care? *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2009;35:398–405.
12. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ.* 2000;320:781.
13. Hughes AM, Gregory ME, Marlow SL, et al. Saving lives: a meta-analysis of team training in health-care. *J Appl Psychol.* 2016;101:1266–1304.
14. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:359–72.
15. Edward Burnett Tylor [Internet]. San Francisco (CA): Wikipedia; 2016 [cited 2017 Jan 13]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Edward_Burnett_Tylor
16. Ripley A. *The unthinkable: Who survives when disaster strikes – and why.* New York (NY): Crown publishers; 2008.
17. Brindley PG. Patient safety and acute care medicine: lessons for the future, insights from the past. *Crit Care.* 2010;14:217–22.
18. Dietz AS, Pronovost PJ, Mendez-Tellez PA, et al. A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *J Crit Care.* 2014;29:908–14.
19. Weaver SJ, Salas E, King HB. Twelve best practices for team training evaluation in health care. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2011;37:341–9.
20. Mathieu JE, Heffner TS, Goodwin GF, et al. The influence of shared mental models on team process and performance. *J Appl Psychol.* 2000;85:273–83.
21. Dekker S, Hollnagel E, Woods D, et al. Resilience engineering: new directions for measuring and maintaining safety in complex systems. Final report. Lund (Sweden): Lund University School of Aviation; 2008 [cited 2017 Jan 5]. Available from: www.msb.se/Upload/Kunskapsbank/Forskningsrapporter/Slutrapporter/2009%20Resilience%20Engineering%20New%20directions%20for%20measuring%20and%20maintaining%20safety%20in%20complex%20systems.pdf.
22. Bedwell WL, Ramsay PS, Salas E. Helping fluid teams work: a research agenda for effective team adaptation in healthcare. *Transl Behav Med.* 2012;2:504–9.
23. Christiansen ME, Wallace A, Newton JM, et al. Improving teamwork and resiliency of burn centre nurses through a standardized staff development program. *J Burn Care Res.* 2016 [cited 2017 Jan 13]. DOI: 10.1097/BCR.0000000000000461
24. Burke SC, Stagl KC, Klein C, et al. What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis. *Leadersh Q.* 2006;17:288–307.
25. Riskin A, Erez A, Foulk TA, et al. The impact of rudeness on medical team performance: a randomized trial. *Pediatrics.* 2015;136:487–95.
26. Fiore SM, Rosen MA, Smith-Jentsch KA, et al. Toward an understanding of macrocognition in teams: predicting processes in complex collaborative contexts. *Hum Factors.* 2010;52:203–24.
27. Lorello GR, Hicks CM, Ahmed SA, et al. Mental practice: a simple tool to enhance team-based trauma resuscitation. *CJEM.* 2016;18:136–42.
28. Salas E, Grossman R, Hughes AM, et al. Measuring team cohesion: observations from the science. *Hum Factors.* 2015;57:365–74.
29. Petrosniak A, Auerbach M, Wong AH, et al. In situ simulation in emergency medicine: moving beyond the simulation lab. *Emerg Med Australas.* 2016 [cited 2017 Jan 13]. DOI: 10.1111/1742-6723.12705
30. M Heffernan. *Willful blindness: why we ignore the obvious at our peril.* Toronto (ON): Doubleday/Random House Canada; 2011.
31. Stanford Prison Experiment and Philip Zimbardo [Internet]. San Francisco (CA): Wikipedia; 2016 [cited 2017 Jan 13]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Stanford_prison_experiment
32. Milgram experiment [Internet]. San Francisco (CA): Wikipedia; 2016 [cited 2017 Jan 13]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Milgram_experiment
33. Asch Solomon Conformity Experiments [Internet]. San Francisco (CA): Wikipedia; 2016 [cited 2017 Jan 13]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Asch_conformity_experiments
34. Festinger L, Riecken H, Schachter S. When prophecy fails: a social and psychological study of a mod-

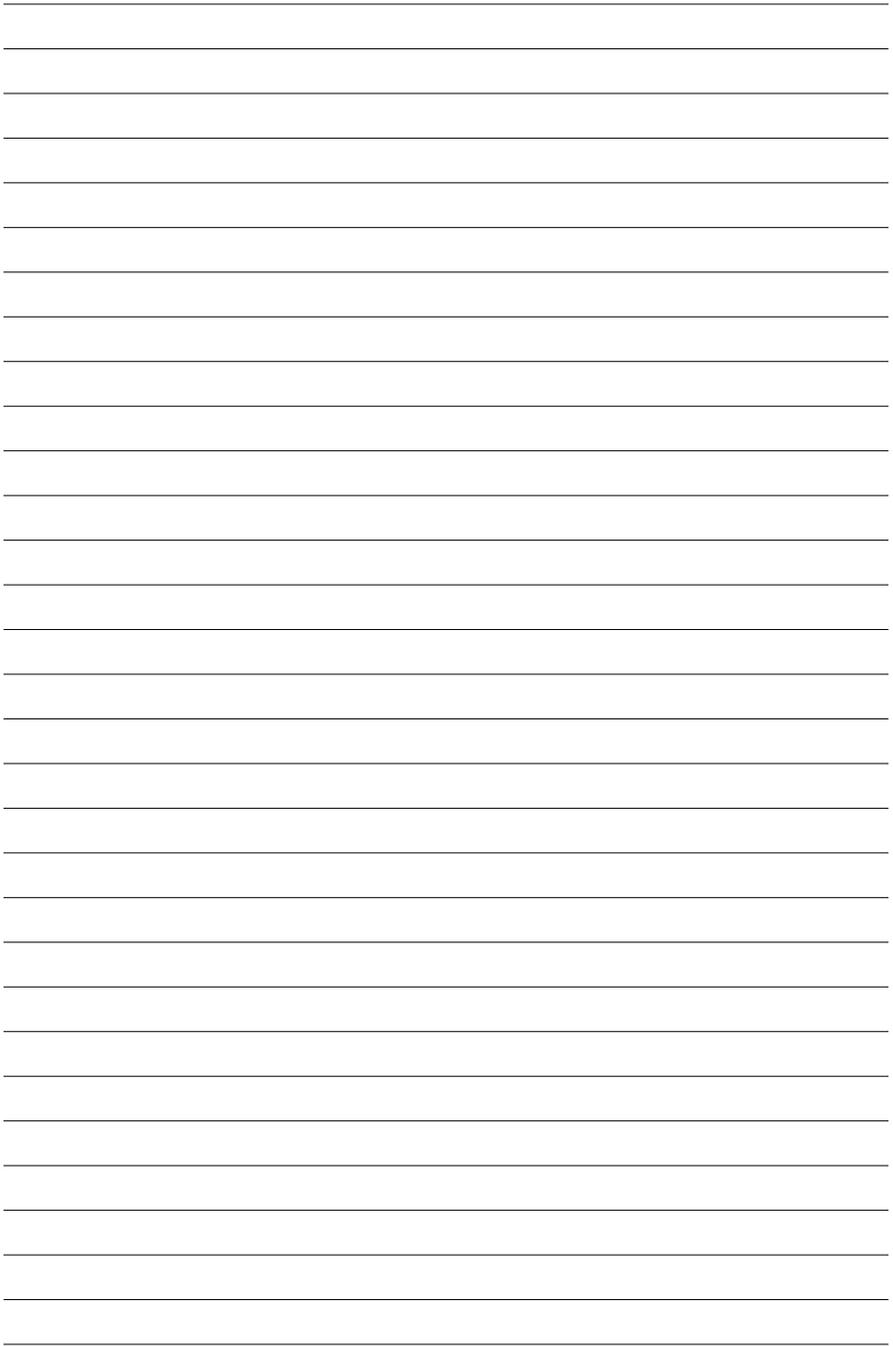
- ern group that predicted the destruction of the world. Minneapolis (MN): University of Minnesota Press; 1956.
35. Tavis C, Aronson E. Mistakes were made but not by me: why we justify foolish beliefs, bad decisions and hurtful acts. San Diego (CA): Harcourt Publishing; 2007.
 36. LeBlanc VR. The effects of acute stress on performance: implications for health professions education. *Acad Med.* 2009;94:S25–S33.

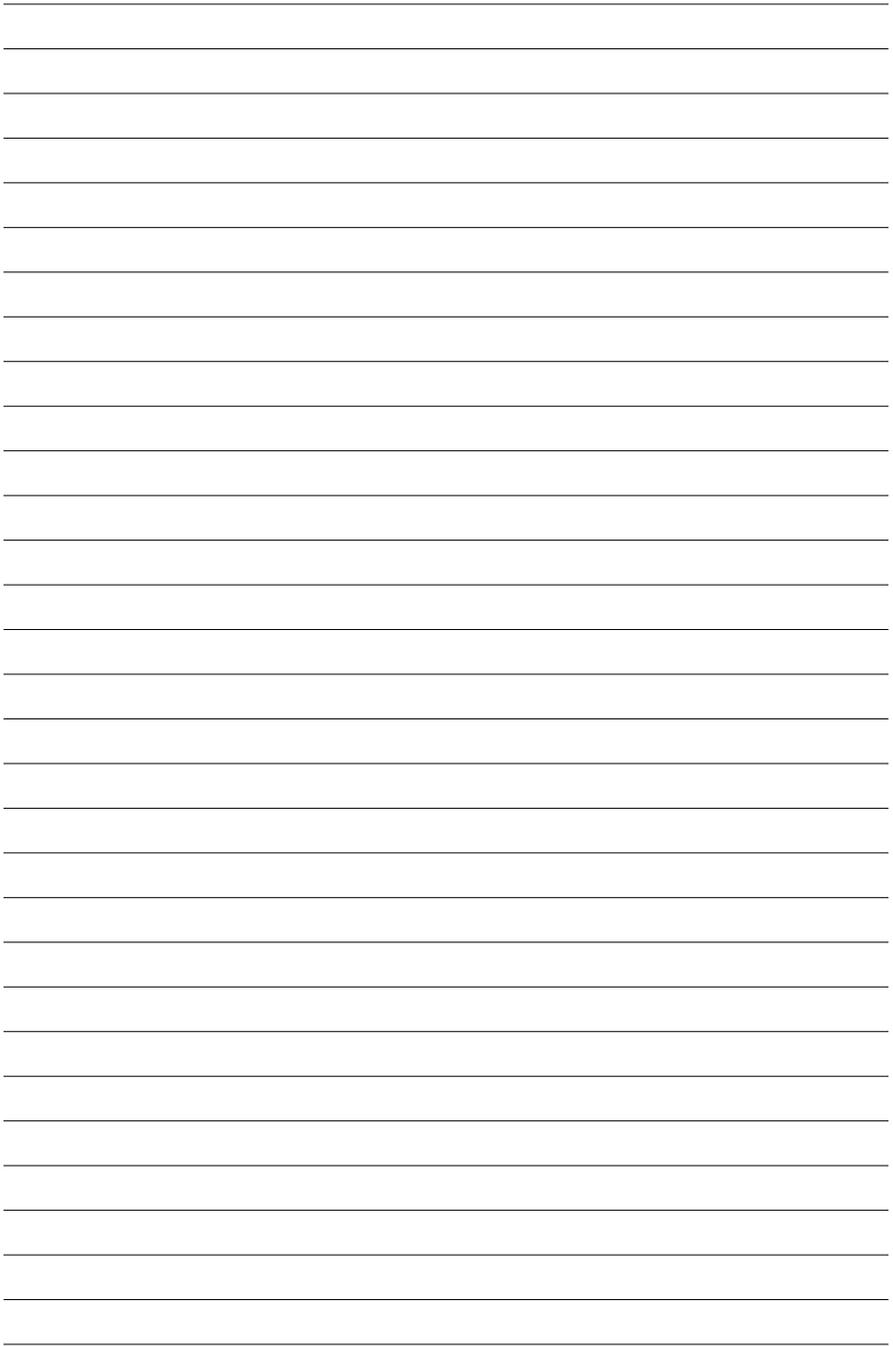


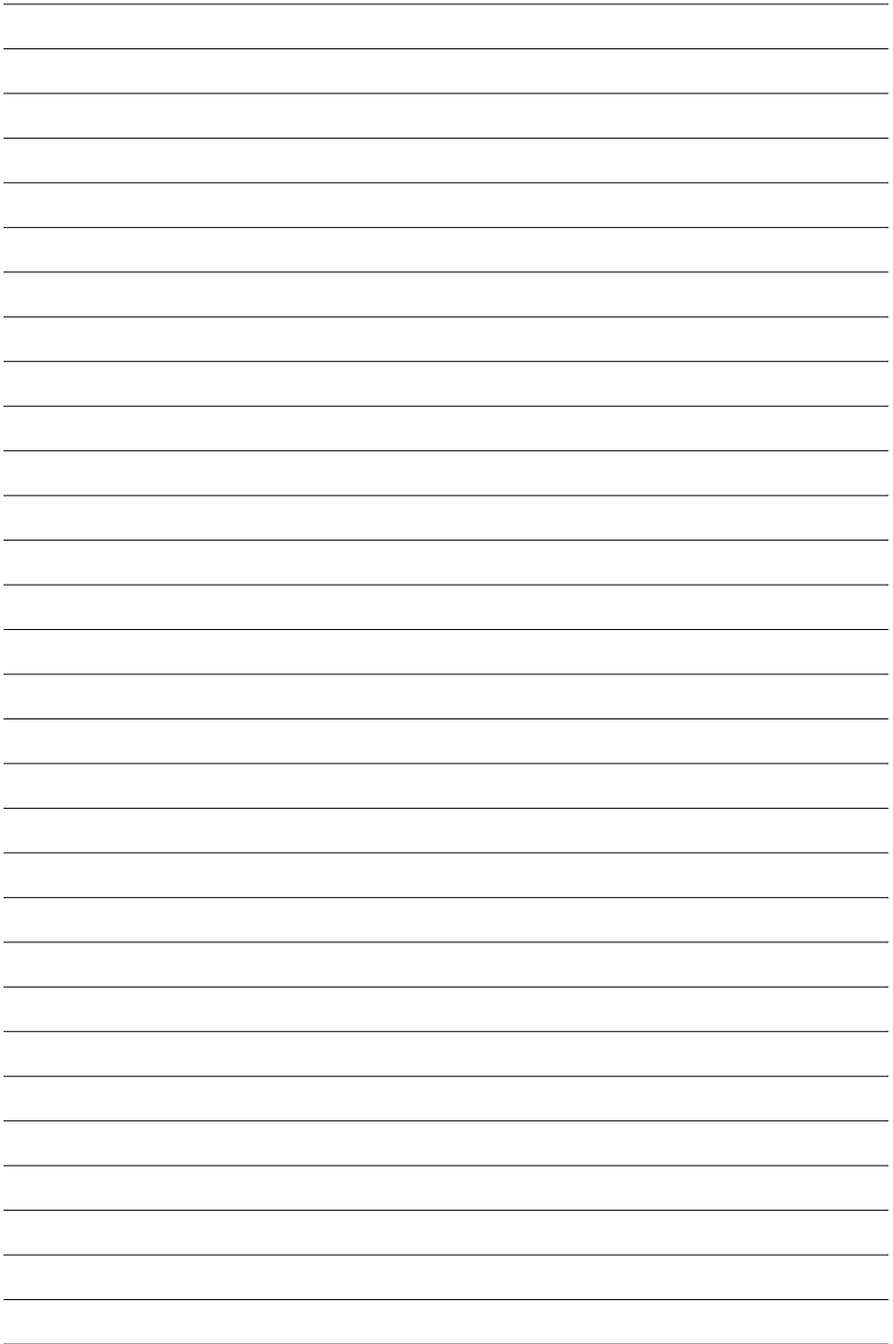
Cette photo est destinée à servir de point de départ à une réflexion. Cette manœuvre de réanimation va se compliquer et nécessiter la maîtrise de tous les sujets abordés dans ce livre; conscience et attention (en raison d'une intubation difficile), prise de décisions (priorités de la prise en charge), communication (compliquée par le port de masques), gestion des tâches (prise en charge concomitante plutôt que séquentielle des voies aériennes, de la respiration et de la circulation), leadership et esprit de subordination (qui doit parler et qui doit écouter), et travail d'équipe (comment coordonner tout cela).

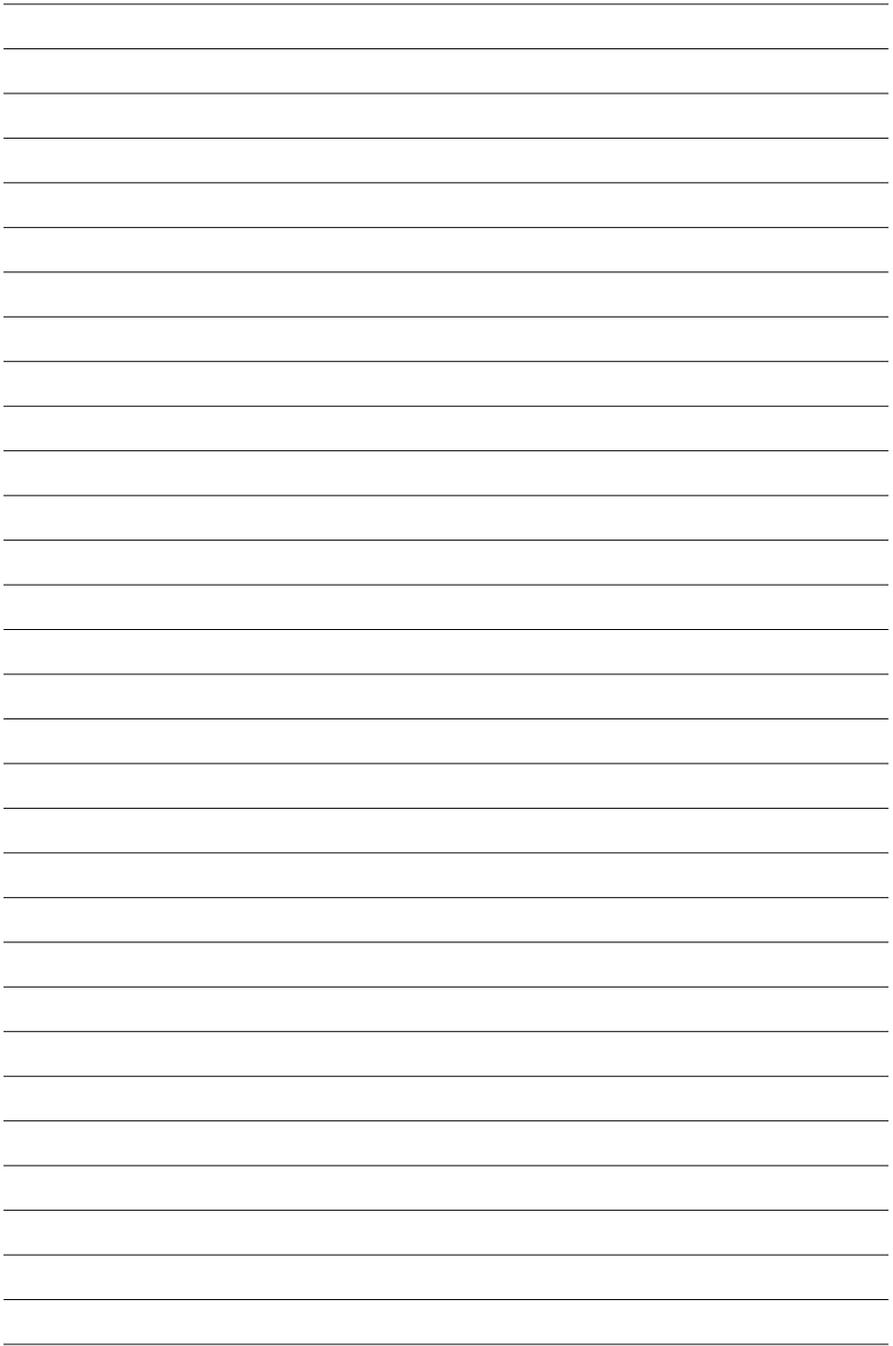
Figures et diagrammes

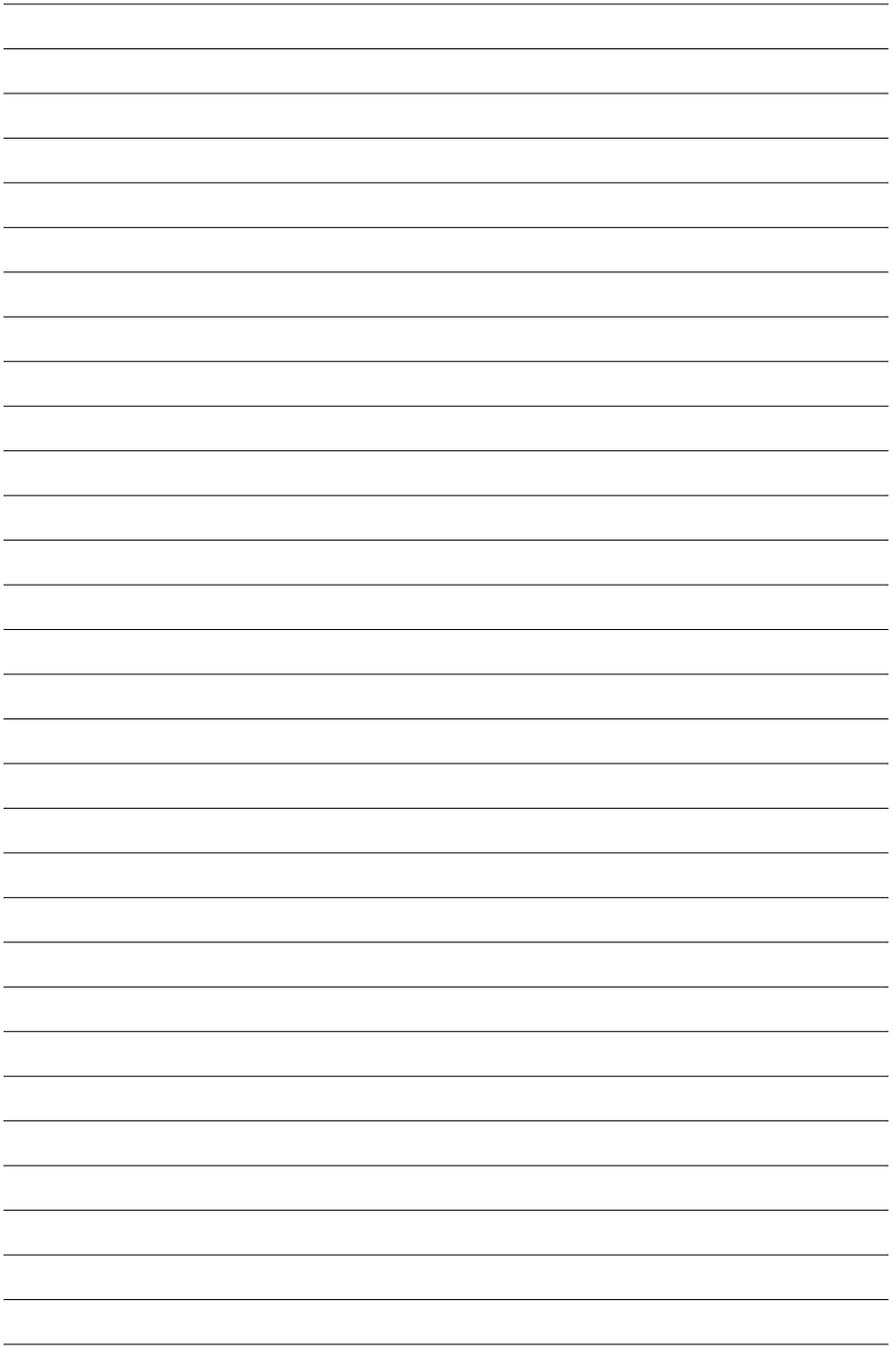
Images de la première de couverture et des chapitres – <i>iStock AG419 et Shutterstock - AG489</i>	
Image de l'avant-propos – <i>copyright Metasin LLC - AG491</i>	
Photos de la quatrième de couverture – <i>édacteurs - AG323,407</i>	
Recours à la mémoire de travail chez les débutants et les experts en situation clinique - <i>PPI AG421</i>	17
Modèle décisionnel, méthodes et lien avec l'expertise - <i>PPI AG421</i>	21
Médecin offrant des RPC - © <i>Robert Arntfield MD FRCPC. Le sujet: Ken Harper Western University, - AG491, AG494</i>	24
Modèle de communication de Shannon et Weaver - <i>domaine public AG410</i>	30
Modèle de communication rhétorique – <i>Rosekelly, Hephzibah C., Jolliffe, David A., Everyday Use, 2e éd., © 2009. Reproduit avec la permission de Pearson Education, Inc., New York, NY. - AG411</i>	33
Cycle d'apprentissage dans la méthode d'ingénierie des systèmes (adapté de P. Checkland, 2000) - <i>PPI AG421</i>	35
Approche sociomatérielle de la communication - <i>PPI AG421</i>	37
Boucle de rétroaction de la gestion des tâches- <i>PPI AG421</i>	42
Concept d'exécution des tâches - adapté de Grootjen et coll. - <i>AG421</i>	44
Sonographe - © <i>Robert Arntfield MD FRCPC, Le sujet: Brian Buchanan Western University, Tous droits réservés.- AG492,491</i>	52
Travail de secours difficile – <i>utilisateur de Flickr : Military Health, CC BY 2.0 - AG490</i>	80

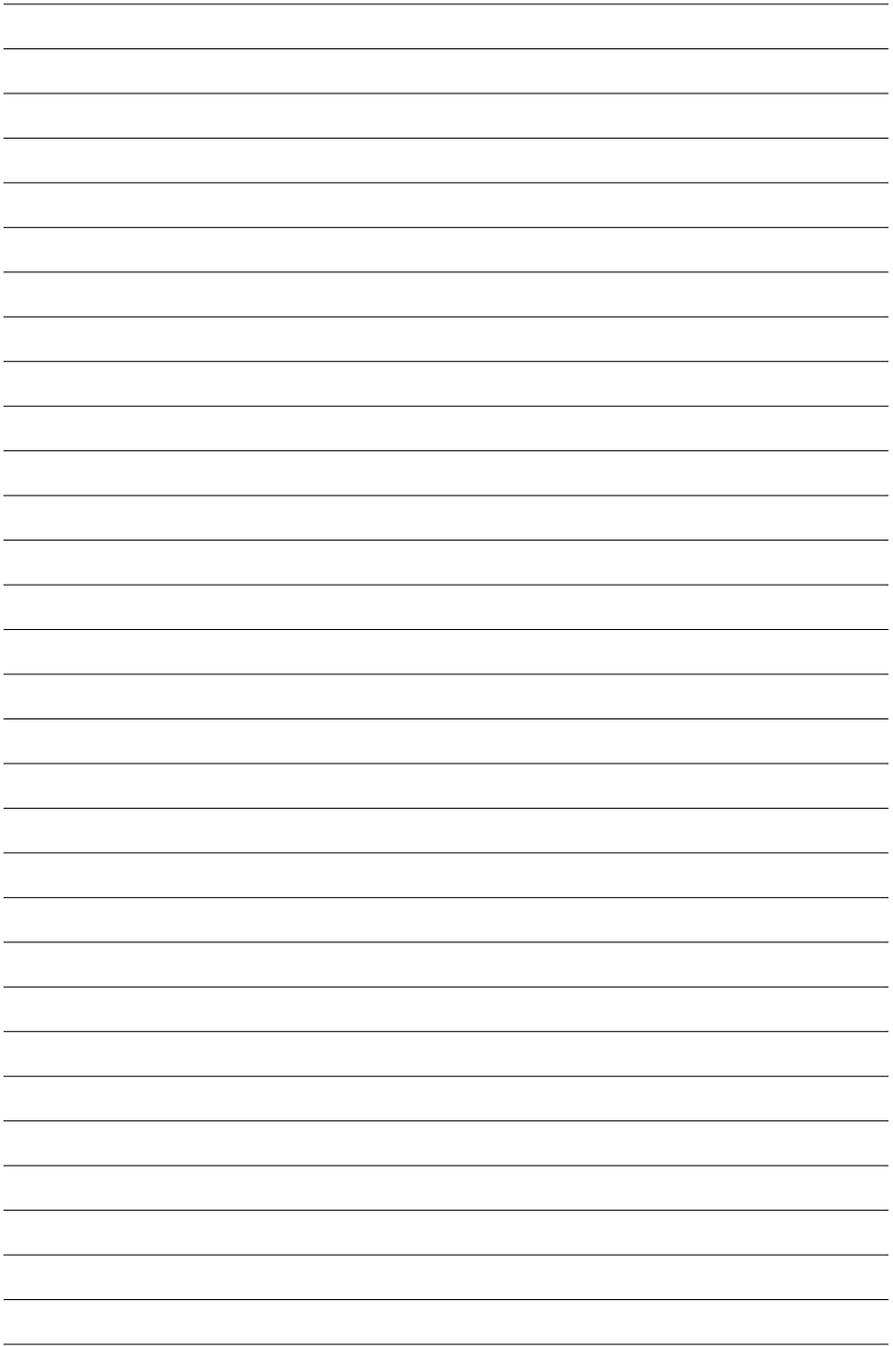


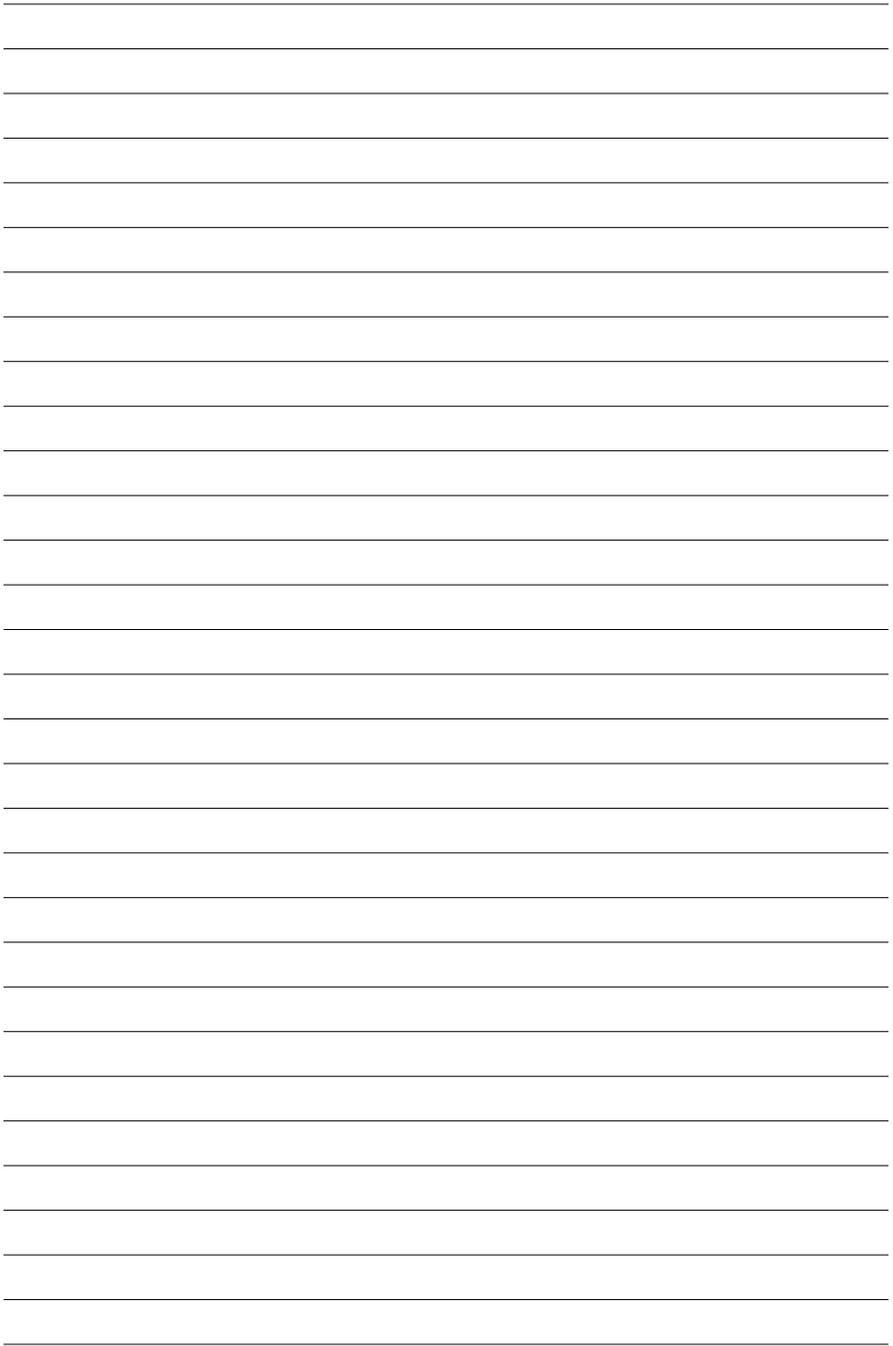


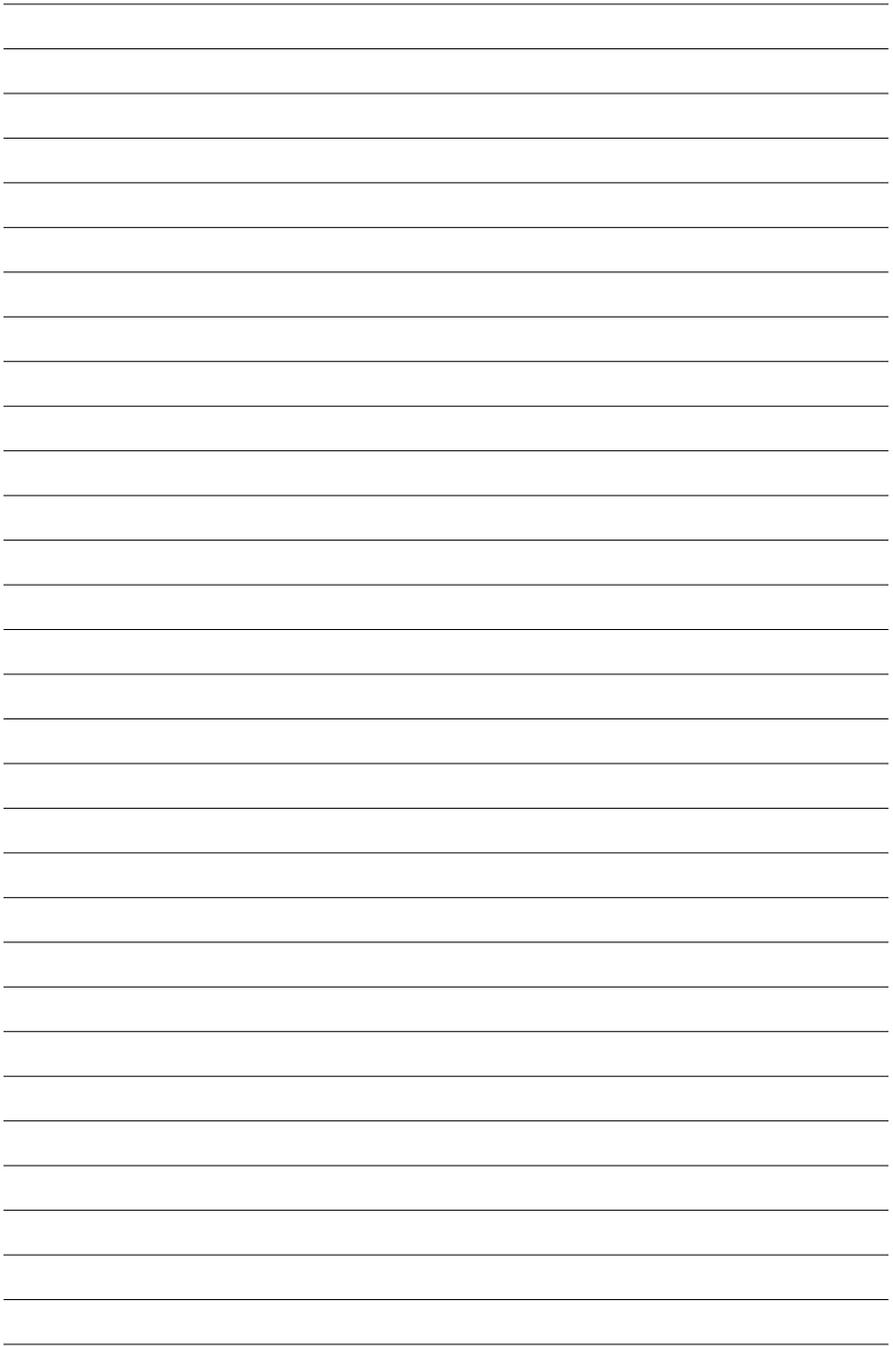












Le but de cet ouvrage est simple, mais néanmoins essentiel : accroître la sécurité des patients dans les milieux de soins aigus, grâce à l'amélioration du rendement en situation de crise médicale et au perfectionnement des professionnels de la santé et des équipes de soins. L'ouvrage offre à la fois des bases théoriques et des idées pratiques. Cela s'explique du fait que les exigences uniques des soins aigus nous poussent à accroître non seulement notre compréhension, mais aussi les chances de survie des patients et la résilience des professionnels de la santé. Rédigé conjointement par des experts des sciences cliniques et du comportement, ce livre, modeste de format, n'en est pas moins ambitieux dans son intention.

Il s'avère de plus en plus évident que notre aptitude à gérer les situations de crise compte tout autant que le rappel des connaissances factuelles ou la dextérité manuelle. Ce manuel pratique outille les cliniciens. Il fournit les bases, mais aussi une compréhension plus subtile de six compétences centrales à la gestion des ressources de crise : attention et conscience, prise de décisions, communication verbale, gestion des tâches, leadership et esprit de subordination, et travail d'équipe. Il ne s'agit pas d'offrir un modèle universel; la complexité inhérente aux soins aigus requiert beaucoup plus que cela. Nous offrons ce manuel pratique afin de protéger et de rendre plus fort nos précieux patients et collègues.



PETER G. BRINDLEY exerce à plein temps comme médecin à l'unité des soins intensifs de l'hôpital de l'Université de l'Alberta. Il enseigne la médecine de soins intensifs, l'anesthésiologie et la déontologie médicale. Il est l'auteur de 100 manuscrits révisés par des pairs, 25 chapitres de livres, 50 autres manuscrits plus modestes, et il ajoute à présent son nom sur ce bel ouvrage. Il a donné plus de 300 présentations sur invitation dans 10 pays, et son travail est centré sur la réanimation et les facteurs humains. Il est on ne peut plus fier de ses deux enfants, qu'il appelle affectueusement ses « deux petits sauvages », et dédie ce manuel à son épouse et à ses collègues qui le « supportent » depuis si longtemps.



PIERRE CARDINAL enseigne au Département de médecine de l'Université d'Ottawa et occupe également le poste d'éducateur clinicien principal au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Il a fondé le Réseau CRI d'éducation en soins intensifs, qui vise à améliorer la sécurité des patients au moyen d'interventions éducatives. Le Collège royal a acquis le Réseau CRI, et le Dr Cardinal est maintenant responsable de l'élaboration d'interventions éducatives destinées à améliorer la sécurité des patients. Il a participé à de nombreuses initiatives éducatives, notamment le cours de simulation d'incidents critiques en soins intensifs (ACES), et il participe actuellement aux activités de renouvellement du programme ACES afin que ce cours puisse être offert à une population d'apprenants plus diversifiée.