



CADRE CANADIEN POUR LE TRAVAIL D'ÉQUIPE ET LES COMMUNICATIONS

Analyse documentaire, évaluation des besoins, évaluation
des outils de formation et consultations d'experts

Cadre canadien pour le travail d'équipe et les communications : Analyse documentaire, évaluation des besoins, évaluation des outils de formation et consultations d'experts



Canadian Patient Safety Institute

Suite 1414, 10235 - 101 Street
Edmonton, AB, Canada
T5J 3G1
Toll Free: 1-866-421-6933
Phone: 780-409-8090
Fax: 780-409-8098

Institut canadien pour la sécurité des patients
Bureau 410, 1150 chemin Cyrville
Ottawa, (Ontario) K1J 7S9
Téléphone: 613-730-7322
Télécopieur: 613-730-7323

© 2011 Institut canadien pour la sécurité des patients

Tous droits réservés. Une permission est accordée par les présentes pour redistribuer ce document, en partie ou en totalité, à des fins pédagogiques non commerciales, sous réserve que son contenu ne soit pas modifié, que l'Institut canadien pour la sécurité des patients soit dûment reconnu pour ce travail et qu'il soit mentionné clairement que l'Institut canadien pour la sécurité des patients ne soutient pas cette redistribution du document. Une permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients doit être obtenue pour faire usage de ce document à toute autre fin, y compris pour en utiliser les illustrations dans un but commercial.

Citation suggérée :

Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications. Améliorer la sécurité des patients grâce à des communications et un travail d'équipe efficaces : analyse documentaire, évaluation des besoins, évaluation des outils de formation et consultations d'experts. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011.

Cette publication est disponible pour téléchargement gratuit de : www.securitedespatients.ca

L'Institut canadien pour la sécurité des patients tient à souligner qu'elle a obtenu un soutien financier de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

ISBN: 978-1-926541-35-8 (en ligne)

Membres du Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications

Nom	Poste/Fonction	Organisme
Paula Beard	Directrice, Opérations	Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) Edmonton (Alberta)
Rita Damignani	Coordonnatrice, Sécurité des patients/GQR	Hospital for Sick Children Toronto (Ontario)
Donna Davis	Coprésidente	Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC)
Sherry Espin	Professeure agrégée	Université Ryerson Daphne Cockwell School of Nursing Toronto (Ontario)
Linda Hunter	Directrice, Qualité des soins et sécurité des patients	Hôpital d'Ottawa Ottawa (Ontario)
Ivan Ip	Directeur, Suivi et gestion du savoir	Conseil canadien de la santé Toronto (Ontario)
Christina Krause	Directrice générale	BC Patient Safety and Quality Council Vancouver (C.-B.)
Pauline MacDonald	Conseillère en planification, Programme d'excellence du rendement	Régie régionale de la santé Capital Halifax (N.-É.)
Anne MacLaurin	Gestionnaire de projet	Institut canadien pour la sécurité des patients Edmonton (Alberta)
Jane Mann Coprésidente du groupe de travail	Conseillère, Amélioration de la qualité des soins et sécurité des patients	Fraser Health Authority Vancouver (C.-B.)
Helen Margiotta	Chef, Qualité et pratique professionnelle	Headwaters Health Care Centre Orangeville (Ontario)
Anette Mikkelsen	Chef, Initiatives en matière de sécurité et qualité	Health Quality Council of Alberta Calgary (Alberta)
Conny Menger	Équipe nationale du service à la clientèle	Agrément Canada Ottawa (Ontario)
Amy Nakajima	Obstétricienne-Gynécologue	Hôpital d'Ottawa Ottawa (Ontario)
Cathy O'Neill Coprésidente du groupe de travail	Directrice, Sécurité des patients et qualité des soins	Hôpital Quinte Health Care Belleville (Ontario)
Erin Pollock	Gestionnaire de projet	Institut canadien pour la sécurité des patients Edmonton (Alberta)
Jackie Smylie	Analyste national, Amélioration de la qualité	Service correctionnel du Canada Ottawa (Ontario)
Laurie Taylor	Directrice, Opérations	Institut canadien pour la sécurité des patients Ottawa (Ontario)
Gord Wallace	Directeur de l'enseignement, Services de gestion des risques	Association canadienne de protection médicale Ottawa (Ontario)
Nicole Wilson	Étudiante en doctorat, Gestion des ressources humaines et Comportement organisationnel	Université de l'Alberta Edmonton (Alberta)
Cindy Winfield	Gestionnaire de projet	Institut canadien pour la sécurité des patients Edmonton (Alberta)

Les membres du Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications ainsi que l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) reconnaissent et apprécient la contribution des personnes suivantes : Chris Baggoley, Nicola Dunbar, Allan Frankel, Mark Fleming, Michael Gardham, Tamsin Kaneen, Kelly Kay, Beth Kiley, Michael Leonard, Tavia Nazarko, Ivy Oandasan, Avi Parush, Christy Pirone, Karen Stead et Brent Windwick

Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Tél. : 780 409-8090 ou, sans frais, 1 866 421-6933

Télec. : 780 409-8098

Adresse électronique : info@cpsi-icsp.ca / URL du site Web : www.securitedespateurs.ca

Par les présentes, la permission est accordée de redistribuer ce document, en totalité ou en partie, à des fins non commerciales, pourvu que le Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications ainsi que l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) soient convenablement reconnus pour le travail, et qu'il soit clairement établi que les auteurs et l'ICSP n'en appuient pas la redistribution. La citation préférée pour le présent document est la suivante :

Quand le travail d'équipe et les communications font tristement défaut : le récit d'une mère

Donna Davis

Un parent craint toujours que son enfant puisse être un jour victime d'un accident. Parents de quatre enfants, rien ne nous singularisait et nous avons eu droit à notre part de fractures, de bosses et de contusions. Cette fois, toutefois, les choses ont pris une tournure beaucoup plus dramatique. La peur qui m'a envahie lorsque notre fils unique a subi un accident de la route, disparu pendant 36 heures, est un sentiment que je n'avais jamais ressenti avec autant d'intensité. Heureusement, il n'est plus en danger maintenant. Il a été soigné par des spécialistes des traumatismes crâniens comme celui qu'il a subi. « Votre fils n'a qu'un traumatisme crânien léger et il se rétablira avec du temps et du repos. » m'a-t-on assuré. Je les crois parce que je désire désespérément que cela soit vrai. Je m'inquiète tout de même un peu car le personnel de l'hôpital ne semble pas écouter ce que je leur dis au sujet de mon fils et au sujet de l'accident. Je continue d'avoir confiance et de croire que tout ira bien; après tout, le traumatisme de mon fils est léger.

L'état de mon fils me préoccupe de plus en plus. Je constate que sa santé se détériore graduellement, mais le personnel ne m'écoute pas. Je suis respectueuse et prudente lorsque je fais part de mes observations au personnel. Je sais qu'ils sont fort occupés à répondre à de nombreuses demandes. Je ne veux pas m'aliéner les personnes qui tiennent la vie de mon fils dans leurs mains, mais j'ai si peur. Mon intuition de mère et l'amour que j'ai pour mon fils me disent qu'une situation terrible est en train de se produire, mais personne ne veut écouter. Le médecin est trop occupé pour me parler. On ne tient pas compte de mes inquiétudes ou alors on m'explique qu'elles ne sont pas pertinentes. Je connais mon fils mieux que quiconque. Pourquoi ne m'écoutent-ils pas? J'ai si peur que je peux à peine réfléchir. J'ai l'estomac noué et une douleur physique à mon cœur, qui annoncent que quelque chose de terrible va se produire. Je vois mon fils mourir devant mes yeux. Je suis sa maman; je suis censée le protéger, mais personne n'est prêt à m'aider.

Maintenant, il est en état de mort cérébrale. Mon fils si jeune, si charmant et qui a toujours travaillé si fort, ne va plus jamais me téléphoner pour me dire : « Maman, je t'aime. » Il ne jouera plus au hockey; il ne montera plus à cheval; et il ne gâtera plus sa petite nièce. Il est né dans mes bras; je veux le tenir dans mes bras une dernière fois, mais les côtés de lit sont levés; le lit est trop haut; et il y a des machines et des tubes partout. Je veux simplement le tenir contre moi, mais je ne peux pas. Personne ne m'aidera. Le silence qui pèse dans ce lieu de guérison est assourdissant. Il y a plein de personnel qui s'agite partout et pourtant je ne me suis jamais sentie aussi seule. Pourquoi a-t-il fallu que cela arrive? Si seulement quelqu'un m'avait écouté et avait agi. Si seulement le personnel s'était parlé de la détérioration de son état. Si seulement le milieu avait pesé l'évaluation et les bilans du personnel débutant par rapport à ceux du personnel chevronné. Si seulement les conseils et l'appui des pairs avaient été offerts et volontairement fournis. Si seulement des transferts de soins efficaces avaient eu lieu. Tous ces « si seulement » ne ramèneront pas notre fils et n'apaiseront pas nos cœurs brisés, mais j'espère que, en lisant mes propos et en utilisant les lignes directrices contenues dans ce document, nous pourrons tous œuvrer de façon à offrir des soins qui empêcheront le cœur d'une autre mère de se briser.

TABLE DES MATIÈRES

LE DÉFI	1
Introduction.....	1
But de ce document	2
Le rôle des patients dans l'équipe des soins de santé	2
LES CONCLUSIONS	3
Résumé de l'analyse documentaire	3
<i>Quelles sont les caractéristiques des équipes efficaces dans le domaine des soins de santé?</i>	3
<i>Quelles sont les caractéristiques d'une communication efficace dans le domaine des soins de santé?</i>	5
<i>Est-ce que le travail d'équipe et les communications sont importants dans une culture favorisant la sécurité des patients?</i>	7
<i>Lacunes dans la documentation</i>	8
Résumé de l'évaluation des besoins	9
<i>Méthodologie</i>	9
<i>Répartition géographique des personnes interrogées</i>	10
Résumé des recherches sur la formation au travail d'équipe	12
<i>Méthodologie</i>	13
<i>Conclusions</i>	13
<i>Limitations</i>	16
Résumé de la consultation auprès de spécialistes canadiens et étrangers	18
<i>Un cadre de soins sécuritaires et fiables</i>	18
<i>Culture favorisant la sécurité</i>	19
<i>L'état du travail d'équipe efficace et de l'éducation interprofessionnelle</i>	19
<i>Écart positif : une approche de la gestion du changement culturel en vue de réduire les infections acquises en milieu de soins de santé</i>	19
<i>Analyse du flot d'information en salle d'opération cardiaque</i>	20
<i>L'apprentissage par projets fondé sur la recherche</i>	20
<i>Transferts cliniques</i>	21

RECOMMANDATIONS	22
Dirigeants et décideurs	22
Cadres intermédiaires	22
Prestataires de soins de santé de première ligne	22
Éducateurs	22
Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)	23
CONCLUSION	23

MESSAGE DE HUGH MACLEOD

Directeur général de l'Institut canadien pour la sécurité des patients



Avec le dévoilement de notre Plan stratégique en 2010, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a présenté son principal thème d'orientation : « Questionnez. Écoutez. Parlez-en. – Des soins de santé efficaces commencent par des communications efficaces. » Une des grandes priorités stratégiques de l'ICSP dans ce plan est l'intégration efficace des outils et ressources dans la pratique afin d'assurer la sécurité des patients. Ce n'est pas étonnant que nous en ayons fait une priorité l'an dernier afin d'élaborer ce Cadre canadien pour le travail d'équipe et les communications.

Pour aborder cette priorité et entamer un dialogue sur une stratégie nationale en vue d'étudier l'efficacité du travail d'équipe et des communications, un groupe de travail, composé de chefs et des spécialistes de la qualité des soins et de la sécurité des patients, a été constitué en septembre 2009. Je voudrais présenter mes félicitations pour les efforts déployés par ce groupe, et pour les contributions des experts ainsi que des membres du personnel de l'ICSP, qui ont été consultés et ont participé à la production de ce document détaillé.

L'ICSP a eu le plaisir d'assurer les services de secrétariat et le financement pour le Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications¹, présidé par Jane Mann et Cathy O'Neill. Les efforts déployés par ce groupe sont grandement appréciés, car son travail contribue à la mission de l'ICSP de « susciter la volonté d'accroître de façon sensible la sécurité des patients et la qualité des soins de santé ».

¹ Consultez la liste des membres du Groupe de travail et des organismes participants, page I.

MESSAGE DE JANE MANN, IA, BSCN ET CATHY O'NEILL, RN, B.SC.N., PMPA(C)

Coprésidentes, Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications

Nous avons eu l'honneur de coprésider le Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications, qui a été constitué par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) en août 2009. Voici les buts de ce groupe de travail :

1. Effectuer des recherches pour comprendre le climat actuel concernant le travail d'équipe et les communications dans le système des soins de santé au Canada.
2. Effectuer des recherches pour comprendre et recommander des stratégies qui visent à appuyer le travail d'équipe et les communications dans le contexte canadien.
3. Élaborer un cadre qui s'harmonisera avec deux domaines de notre cadre de compétences : « Travailler en équipe pour veiller à la sécurité des patients » (no 2), et « Communiquer efficacement pour renforcer la sécurité des patients » (no 3).
4. Intégrer les initiatives de l'ICSP qui appuient le travail d'équipe et des communications efficaces.
5. Publier les résultats du projet dans une revue évaluée par des pairs et les diffuser lors de conférences.

Nous avons su dès le début de cette entreprise que nous avions une tâche importante devant nous, à mesure que nous nous rendions compte de l'influence importante que le travail que nous étions sur le point d'entreprendre pourrait avoir sur la sécurité des patients partout au Canada. Cependant, nous étions persuadées qu'avec le concours de notre groupe de travail dynamique, diversifié et engagé, composé de chefs de file de sécurité des patients et de qualité des soins provenant de tout le Canada, nous allions réussir.

Pour atteindre le niveau critique d'apprentissage voulu pour comprendre l'incidence du travail d'équipe et des communications sur la sécurité des patients, nous avons cherché des méthodologies comme l'apprentissage par projets fondé sur la recherche, l'écart positif et les facteurs humains, et nous nous y sommes immergés. Nous avons fait appel à des experts du travail d'équipe et des communications du monde entier, notamment Dre Ivy Oandasan, Drs Alan Frankel et Michael Leonard, ainsi que l'*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)*, qui sont des spécialistes des transferts de soins cliniques et de la formation en équipe. De brefs résumés de leurs travaux liés à notre projet sont fournis dans la partie du présent document intitulée « Consultation auprès de spécialistes ».

Nous avons aussi sollicité les avis des professionnels des soins de santé afin de comprendre leurs besoins en matière de travail d'équipe et de communications. Et surtout, dans le cadre de notre collaboration avec Patients pour la sécurité des patients du Canada (PPSPC), nous avons cherché à donner la parole aux patients et à leurs familles afin qu'ils fassent partie intégrante des équipes des

soins de santé. Ce processus d'apprentissage nous a permis de définir la portée de nos travaux et de créer l'information et les recommandations contenues dans le présent document.

Nous souhaitons que ce document soit utilisé par tous les paliers des établissements de soins de santé, depuis les employés de première ligne jusqu'au président-directeur général, car ils cherchent toujours des moyens de fournir les soins les plus sécuritaires à leurs patients et leurs familles. L'intégration du travail d'équipe et de communications efficaces à tout système de soins aux patients est essentielle, et constitue un processus continu – et non un processus qui peut être mis en œuvre sur une période de quelques semaines ou quelques mois. Elle nécessite un changement culturel au sein de notre organisation afin de soutenir les connaissances, les compétences et les attitudes qui sont les éléments clés du travail d'équipe et des communications efficaces. Nous sommes bien conscientes du tort qui peut être causé lorsque le travail d'équipe et les communications ne sont pas efficaces.

Ce document n'est qu'un début, mais un début qui, nous l'espérons, favorisera le dialogue et, en dernier ressort, nous permettra de passer de la discussion à l'action. Nos établissements de soins de santé au Canada doivent faire tout ce qui est nécessaire pour améliorer le travail d'équipe et les communications, et faire en sorte que la tragédie de Donna ne se répète pas.

Merci à tous les membres du Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications pour la perspicacité, la passion et le dévouement affichés pour donner vie à ce document. En outre, merci à Paula Beard, directrice de projet, et Cindy Winfield, gestionnaire de projet, pour leur appui et leur volonté d'écouter, à mesure que nous, les coprésidentes, avec votre aide, avons supervisé la réalisation de ce projet.

LE DÉFI

Introduction

Les prestataires de soins de santé travaillent dans des environnements complexes, exigeants et dynamiques; c'est pourquoi le travail d'équipe et des communications efficaces sont essentiels à la sécurité des soins de santé offerts aux patients. Il a été établi que les problèmes de communication et les erreurs au niveau du travail d'équipe contribuent grandement aux incidents liés à la sécurité des patients ^(1, 2, 3); à l'inverse, le travail d'équipe et des communications efficaces ont été cités comme facteurs essentiels pour assurer des systèmes fiables, et créer une « culture de la sécurité » à l'appui de la prestation sécuritaire des soins aux patients ⁽⁴⁾.

Les équipes très performantes partagent une vision commune; possèdent un sens aigu de la confiance; optimisent la collaboration, la communication et la coordination, et comprennent les responsabilités et les rôles professionnels mutuels. Une bonne communication est définie comme la transmission exacte et ininterrompue d'une information qui entraîne la compréhension ^(5, 6), tandis que le travail d'équipe est défini comme « l'interaction ou la relation entre plusieurs professionnels de la santé, qui travaillent de manière interdépendante pour fournir des soins aux patients. » ⁽⁷⁾ Au sein des équipes efficaces, les membres : « i) sont mutuellement dépendants; ii) se perçoivent comme travaillant en collaboration pour offrir des soins axés sur les patients; iii) profitent du travail en collaboration pour fournir les soins appropriés; iv) échangent les renseignements qui peuvent mener à une prise de décisions participative; et v) savent quand il faut utiliser le travail d'équipe pour optimiser les soins axés sur les patients. » ⁽⁷⁾

Le travail d'équipe et les communications ne se déroulent pas en vase clos, et ils doivent être accompagnés d'un certain nombre d'éléments essentiels pour réussir et favoriser des soins sécuritaires aux patients. Ces éléments comprennent entre autres ce qui suit :

- participation active des patients et des familles à l'équipe de soins;
- leadership qui établit une vision d'excellence organisationnelle et de prestation optimale de soins;
- une culture favorisant la sécurité dans le cadre de laquelle le personnel peut signaler sans crainte les incidents liés à la sécurité des patients et en tirer des leçons;
- responsabilisation personnelle et organisationnelle à l'appui de la sécurité des patients, clairement intégrée dans l'organisation;
- un processus de soins qui soit transparent pour le patient et sa famille, dans lequel les données sont partagées rapidement, et une divulgation ouverte et honnête caractérisent les incidents liés à la sécurité des patients;
- engagement organisationnel à l'endroit de l'amélioration des processus et de l'apprentissage continu;
- un modèle de collaboration pour assurer un travail d'équipe et des communications efficaces, qui soit la norme déclarée, connue, enseignée et renforcée au sein de l'organisation.

But de ce document

Bien que la valeur du travail d'équipe et des communications efficaces soit bien reconnue dans le monde des soins de santé, la complexité des soins, et la dynamique au sein des prestataires de soins de santé, créent de multiples défis liés à la création de pratiques saines. Après avoir examiné ces défis et l'envergure du sujet, les membres du Groupe de travail ont estimé que la plus grande contribution qu'ils pourraient faire serait d'aider les établissements à naviguer dans l'abondante documentation et les ressources disponibles. Le but de ce document est donc de fournir un cadre aux établissements afin de leur permettre de comprendre et de communiquer à leurs équipes l'importance et l'incidence du travail d'équipe et des communications dans les soins de santé, et de sélectionner les outils de formation convenables en vue de les améliorer. À cette fin, les membres du Groupe de travail ont effectué des recherches sur les stratégies visant à appuyer le travail d'équipe et les communications efficaces dans le contexte canadien, au moyen :

- d'une analyse documentaire générale sur le travail d'équipe et des communications efficaces;
- d'une évaluation des besoins afin de comprendre l'état du travail d'équipe et des communications au sein des établissements canadiens de soins de santé;
- d'un examen des programmes de formation au travail d'équipe et à la communication;
- d'une consultation auprès d'experts de spécialistes canadiens et étrangers en matière de travail d'équipe et de communication.

Les sections qui suivent présentent des résumés de ces initiatives, ainsi que des recommandations à l'intention des dirigeants, des décideurs, des prestataires de soins de santé, des éducateurs et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), visant à appuyer l'intégration du travail d'équipe et de communications efficaces dans les soins de santé.

Le rôle des patients dans l'équipe des soins de santé

Bien que ce document et l'analyse documentaire portent sur des stratégies visant à améliorer le travail d'équipe et les communications entre prestataires de soins de santé, nous sommes pleinement conscients que la communication entre le patient² et son prestataire de soins de santé est la clé d'une interaction fructueuse. En réalité, la reconnaissance que le patient et les familles constituent des membres clés de l'équipe des soins de santé est à la base de toute cette initiative. La communication entre le patient et son prestataire de soins de santé est un processus bilatéral dans le cadre duquel la famille reçoit l'information dont elle a besoin et est à l'aise pour parler de ses préoccupations et les exprimer. L'établissement doit appuyer cet environnement, et le reconnaître comme un élément nécessaire à la sécurité des patients et à une expérience satisfaisante du patient et de sa famille. Voir à ce sujet le *Récit d'une mère* (page 4) et les recommandations qui suivent.

2 Le générique masculin est utilisé dans ce document sans discrimination à l'égard du genre féminin et ce, dans l'unique but d'alléger le texte.

LES CONCLUSIONS

Résumé de l'analyse documentaire

Le but de l'analyse documentaire était d'offrir une vision générale des recherches en cours sur le travail d'équipe et les communications efficaces au Canada et sur le plan international. Pour établir la portée et le contenu de l'analyse documentaire et l'orientation des travaux, les membres du Groupe de travail ont organisé une séance consacrée à l'apprentissage par projets fondé sur la recherche (Inquiry-Based Learning - *IBL*) pour créer une liste concrète de questions et de concepts visant à éclairer l'analyse documentaire. Voir la section intitulée *Résumé de la consultation avec les experts nationaux et internationaux* pour obtenir un résumé de l'*IBL*.

L'analyse documentaire avait pour but d'examiner les éléments et/ou les modèles de travail d'équipe, de communication et de culture favorisant la sécurité des patients, les programmes de formation au travail d'équipe pour les prestataires de soins de santé, ainsi que la portée et le type d'outils d'amélioration du travail d'équipe et des communications³. Nous présentons ici le résumé de ces conclusions sous trois grandes rubriques :

- I.** Quelles sont les caractéristiques des équipes efficaces dans le domaine des soins de santé?
- II.** Quelles sont les caractéristiques d'une communication efficace dans le domaine des soins de santé?
- III.** Est-ce que le travail d'équipe et les communications sont importants dans une culture favorisant la sécurité des patients?

Il convient de noter que l'analyse documentaire a été achevée en juin 2010 et, de ce fait, n'intègre pas les publications postérieures à cette date, à l'exception des citations fournies.

Quelles sont les caractéristiques des équipes efficaces dans le domaine des soins de santé?

Le travail d'équipe est un processus complexe et dynamique, et les compétences et comportements qui appuient le rendement des équipes et la prestation sécuritaire des soins aux patients doivent être enseignés et évalués⁽⁸⁾. Baker, Day et Salas⁽⁹⁾ ont résumé les connaissances, les compétences et les attitudes (KSA) requises par les prestataires de soins de santé qui œuvrent au sein d'équipes (voir l'annexe A, tableau 2) et le leadership d'équipe, le rendement mutuel, le retrait, l'adaptabilité, le partage de modèles mentaux, la communication en boucle fermée et une orientation collective. Lorsque les membres d'une équipe possèdent ces connaissances, compétences et attitudes, leur rendement est hautement efficace et efficient. Salas, Sims et Klein⁽¹⁰⁾ présentent les caractéristiques des équipes efficaces, résumées dans le tableau récapitulatif suivant :

3 L'analyse documentaire a permis aussi d'établir des concepts comme les établissements hautement efficaces, ainsi que les études et pratiques interprofessionnelles. Les concepts n'étant pas l'objet principal de l'analyse, ils ne sont pas présentés dans ce résumé. Le lecteur est invité à consulter l'intégralité de l'analyse documentaire pour de plus amples détails sur ces concepts (annexe A).

Tableau A

Connaissances, compétences et attitudes que doivent posséder les prestataires de soins de santé	Caractéristiques des équipes efficaces (adaptation de Salas, Sims et Klein, 2004) ⁽¹¹⁾
Leadership d'équipe	<p>Avoir un but commun clair</p> <p>Les rôles des membres de l'équipe sont clairs, mais sans être exagérément rigides</p> <p>S'assurer que les décisions sont prises par les personnes compétentes</p> <p>Tenir des réunions efficaces</p> <p>Établir et revoir les plans et buts de l'équipe</p> <p>S'assurer que les membres de l'équipe sont convaincus que les leaders s'intéressent à eux</p> <p>Distribuer et attribuer judicieusement le travail</p>
Retrait	<p>Bien gérer les conflits; s'assurer que la confrontation des membres de l'équipe est efficace</p> <p>Fournir régulièrement de la rétroaction, à titre individuel et à l'équipe (« débriefing »)</p> <p>Composer avec les membres dont le rendement est médiocre</p>
Suivi du rendement mutuel	<p>Assurer un « décloisonnement » efficace avec les intervenants qui ne font pas partie de l'équipe</p> <p>Les membres comprennent bien leurs rôles mutuel et collectif</p> <p>Examiner et adapter le lieu de travail de l'équipe</p> <p>Diagnostiquer périodiquement l'« efficacité » de l'équipe, y compris ses résultats</p>
Communication	<p>Communiquer « suffisamment » (voir aussi la section intitulée <i>Quelles sont les caractéristiques d'une communication efficace dans le domaine des soins de santé?</i>)</p>
Adaptabilité	<p>Les membres comptent sur chacun</p> <p>Réaffecter les fonctions</p> <p>Reconnaître et corriger leur stratégie en situation de stress</p> <p>Intégrer consciemment de nouveaux membres de l'équipe</p>
Partage de modèles mentaux	<p>Assurer une coordination qui ne nécessite pas une communication explicite</p>
Confiance mutuelle	<p>Se fier aux « intentions » des autres membres de l'équipe</p>
Orientation de l'équipe	<p>Sélectionner des membres pour l'équipe, qui apprécient le travail d'équipe</p> <p>Croire fermement en la capacité collective de réussir de l'équipe.</p>

La documentation suggère qu'il est improbable d'assurer un transfert harmonieux des connaissances, des compétences et des attitudes à la pratique clinique, et donc d'améliorer la sécurité des patients, de façon permanente, dans le cadre d'une seule intervention ou approche. Une combinaison de formation en classe pour enseigner les connaissances, les compétences et les attitudes, et de simulation visant à mettre en pratique des scénarios cliniques et des situations de crise, a été suggérée en guise d'approche prudente ⁽¹²⁾. Une formation réussie est fonction du programme d'enseignement et des stratégies d'enseignement ainsi que des variables organisationnelles, comme l'appui de la direction, la disponibilité des ressources, le milieu de formation, l'état de préparation au changement ^(13, 14, 15), l'adhésion du personnel et de la direction, et un champion pour surveiller les activités et poursuivre les efforts ⁽¹⁶⁾. La formation au travail d'équipe est largement appliquée afin d'améliorer le rendement de l'équipe ⁽⁹⁾. Salas et autres ⁽¹⁷⁾ ont présenté sept facteurs de succès fondés sur des éléments probants, pratiques et systématiques, en vue de préparer, de mettre en œuvre et de soutenir une initiative de formation au travail d'équipe et d'amélioration du rendement :

1. Aligner les objectifs de la formation de l'équipe et les buts de sécurité sur les objectifs organisationnels;
2. Fournir un appui organisationnel à l'initiative de formation d'équipe;
3. Assurer le concours des chefs de soins de première ligne;
4. Préparer l'environnement et les stagiaires à la formation d'équipe;
5. Déterminer les ressources requises et le calendrier, et assurer leur disponibilité;
6. Faciliter l'application des compétences en matière de travail d'équipe sur le tas, en parallèle avec (ou postérieurement à) la formation;
7. Mesurer l'efficacité du programme de formation d'équipe.

Quelles sont les caractéristiques d'une communication efficace dans le domaine des soins de santé?

Selon la documentation, la communication dans le milieu des soins de santé est jugée comme étant « informelle, désorganisée et variable » ⁽¹⁸⁾. Et pourtant, dans les situations complexes, on doit s'assurer que des renseignements exacts sont transmis à la bonne personne.

Les techniques de communications structurées visant à appuyer une communication efficace sont détaillées dans le **tableau suivant** :

Tableau B

Techniques de communication, Outils et Stratégies	Caractéristiques
Breffages	<p>Donner le ton à l'interaction de l'équipes</p> <p>S'assurer que les prestataires de soins de santé partagent un modèle mental de ce qui va se produire dans un processus, afin de cerner tous les risques et prévoir les urgences</p> <p>Pouvoir établir la prévisibilité, réduire les interruptions, empêcher les retards et nouer des rapports sociaux en vue des futures interactions ⁽¹⁹⁾</p>
Débriefages	<p>Ils servent à préciser ce qui est arrivé dans une circonstance particulière, ce qu'on y a appris, et ce que l'on peut mieux accomplir la prochaine fois</p> <p>Ils permettent à l'équipe de déterminer ce que les membres pensent des processus, et de repérer les possibilités d'améliorer et de poursuivre des études</p> <p>L'efficacité d'un débriefage est fonction de la qualité du breffage ⁽²⁰⁾</p>
Langage articulé	<p>Une affirmation de soi efficace est continue, polie, fournie au moment opportun, claire, et axée sur la recherche de solutions. La règle des deux défis, qui veut qu'une préoccupation soit exprimée au moins deux fois pour s'assurer qu'elle a été entendue, est une forme de langage articulé.</p> <p>L'emploi de l'acronyme anglais CUS comme ligne directrice - Je suis préoccupé (I am Concerned). Je ne suis pas à l'aise (I am Uncomfortable). C'est une question de sécurité (This is a Safety issue) - permet de souligner rapidement l'importance d'une préoccupation.</p>
Langage critique	<p>Une stratégie visant à attirer l'attention d'une autre personne</p> <p>Signale l'urgence d'une préoccupation aux membres de l'équipe</p> <p>Par exemple, l'acronyme SAER (situation, antécédents, évaluation, recommandation) permet de s'assurer qu'une information précise, pertinente et critique est communiquée chaque fois que l'état d'un patient est discuté. Cet acronyme est utilisé dans les transferts cliniques et est précieux dans les communications entre le personnel infirmier et les médecins. SAER indique qu'une pensée critique a régi la communication ⁽²¹⁾</p>
Langage commun	<p>Méthode convenue employée pour communiquer des questions ou préoccupations critiques ⁽¹⁸⁾.</p>
Boucle de communication fermée	<p>Le récepteur d'une communication reformule ce qui a été dit pour assurer qu'il a bien compris le message.</p>
Écoute active	<p>Suppose une écoute intégrale, avec contact visuel et langage corporel approprié et reformulation de ce qui est dit pour confirmer que les interlocuteurs se comprennent.</p>
Rappels	<p>On les utilise notamment dans le bloc opératoire pour confirmer l'étape d'un processus.</p>

L'efficacité de ces outils de communications structurés n'est pas largement étudiée. Certains éléments de preuve suggèrent que leur emploi a entraîné des améliorations comme certaines réductions de délais dans le bloc opératoire ⁽⁸⁾, des chirurgies dans les mauvaises parties du corps ⁽²²⁾, et des incidents liés à la sécurité des patients ⁽²³⁾. La documentation souligne aussi un certain nombre d'obstacles à une communication efficace. Dayton et Henriksen ⁽²⁴⁾ ont recensé cinq obstacles à une communication efficace dans le milieu clinique :

1. Interruptions qui nuisent au déroulement du travail et à l'exécution des tâches.
2. Membres de l'équipe dont les études portent sur leur discipline respective de manière cloisonnée, ce qui entraîne des hypothèses enracinées sur autrui pouvant nuire aux communications.
3. Hiérarchie traditionnelle dans le milieu des soins de santé, qui engendre des modèles de comportement allant à l'encontre d'une communication efficace et de la diffusion de l'information essentielle, et pouvant mener à un incident lié à la sécurité du patient.
4. La clarté des rôles n'est pas toujours évidente dans le monde complexe des soins de santé, ce qui prête à confusion à l'interface entre le prestataire et le patient.
5. Les transferts à plusieurs points de la trajectoire des soins aux patients augmentent le risque de mauvaise communication et de perte d'information vitale sur les patients.

Est-ce que le travail d'équipe et les communications sont importants dans une culture favorisant la sécurité des patients?

Une culture favorisant la sécurité dans n'importe quel milieu englobe le « partage de convictions et de pratiques des membres en ce qui a trait à la volonté d'un établissement de détecter des erreurs et d'en tirer des leçons » ⁽²⁵⁾. Bien qu'aucune définition généralement reconnue de culture favorisant la sécurité dans un milieu de soins de santé n'ait été adoptée, on estime qu'une culture favorisant la sécurité des patients englobe : 1) une conviction partagée selon laquelle les soins de santé sont une entreprise à risques élevés; 2) un engagement à détecter et analyser les blessures de patients et les accidents évités de justesse; et 3) un environnement qui concilie le besoin de déclarer les incidents et celui de prendre des mesures disciplinaires ⁽²⁵⁾.

Sammer et autres ⁽²⁶⁾ a effectué une analyse documentaire exhaustive afin de définir les concepts clés d'une culture favorisant la sécurité des patients. Sept sous-concepts ont été répertoriés : le leadership, le travail d'équipe, la pratique fondée sur des données probantes, la communication, l'apprentissage et les soins équitables et axés sur le patient. Le travail d'équipe et les communications ont été définis comme faisant partie intégrante d'une culture favorisant la sécurité. La sécurité des patients dépend du travail d'équipe ⁽²⁷⁾, et elle ne s'améliore que lorsque l'information est partagée ⁽²⁸⁾. Bien qu'elle ne soit pas définitivement liée à la diminution des taux d'incidents liés à la sécurité des patients, la formation au travail d'équipe a été associée à une amélioration des mesures à l'appui d'une culture favorisant la sécurité. Les stratégies de communications structurées (selon les modèles SAER et CUS, décrites dans le tableau B) ont été mises en œuvre pour s'attaquer aux questions culturelles liées aux problèmes de communication et de hiérarchie, bien que leur incidence sur la culture favorisant la sécurité et les taux d'incidents liés à la sécurité des patients reste incertain. Ce qui est clair, c'est qu'une culture de honte et de blâme est l'antithèse de la promotion d'une culture favorisant la

sécurité⁶; et la détection et la correction des déficits sous-jacents liés au travail d'équipe et aux communications sont des éléments fondamentaux d'une bonne stratégie organisationnelle.

Lacunes dans la documentation

Bien que l'importance de la formation au travail d'équipe à l'appui de la sécurité des patients soit intuitivement reconnue, il est nécessaire que les professionnels des soins de santé établissent, d'un commun accord, les connaissances, les compétences et les aptitudes liées au travail d'équipe ⁽²⁹⁾. La documentation porte sur les formats qui conviennent à la formation au travail d'équipe, mais les recommandations sur ce qui constitue la « meilleure » prestation en ce qui a trait à la manière dont les programmes de formation sont enseignés ainsi que la durée et la fréquence de la formation, sont absentes⁴.

Les théories relatives aux éléments propres au monde des soins de santé en matière de travail d'équipe et de son efficacité doivent être également élaborées. À l'heure actuelle, l'idée du travail d'équipe efficace repose sur le cadre que préconisent Salas et ses collègues. Cependant, le modèle de Salas exige des essais dans le domaine des soins de santé pour déterminer les liens qui existent entre les prédicteurs du rendement; les connaissances, les compétences et les attitudes propres à l'équipe; et les liens qui existent entre les prédicteurs des connaissances, des compétences et des attitudes et les critères de mesure des résultats.

Une lacune existe également par rapport aux stratégies de formation au travail d'équipe dans les spécialités de la santé où des exigences propres aux connaissances, compétences et attitudes sont au cœur de l'amélioration du travail d'équipe. En général, les outils de communication affichent un manque de données empiriques à l'appui des preuves de leur efficacité nécessaires aux résultats pour les patients. L'évaluation de l'efficacité des outils de communication personnels ne fait l'objet d'aucun rapport.

Résumé de l'évaluation des besoins

En raison des défis que pose l'amélioration du travail d'équipe et des communications - comme la culture organisationnelle et en milieu de travail, le manque de formation et la nature même du monde des soins de santé - nous avons jugé essentiel de mener notre propre évaluation des besoins pour mieux comprendre l'intérêt, la volonté et la capacité associés à la réception et la mise en œuvre de stratégies visant à appuyer le travail d'équipe et les communications efficaces au sein du système de santé canadien. Il s'agissait aussi d'une étape essentielle au processus pour examiner le ou les formats de prestation optimale d'un programme qui appuie ce travail, et pour comprendre les perceptions concernant les obstacles et les outils habilitants liés à la mise en œuvre de stratégies efficaces. Les questions suivantes ont servi à établir cette recherche :

4 « Les compétences liées à la sécurité des patients : l'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé », que l'Institut canadien pour la sécurité des patients a élaborées, constituent un cadre fondamental qui définit les connaissances, les compétences et les attitudes requises par tous les professionnels de la santé, essentielles pour assurer des soins sécuritaires aux patients.

- Quel intérêt à l'endroit du travail d'équipe et des communications affichent les établissements de soins de santé?
- Les établissements veulent-ils réellement mettre en œuvre des programmes et des outils favorables au travail d'équipe et aux communications?
- Comment la formation au travail d'équipe et aux communications, en ce qui a trait à la sécurité des patients, cadre-t-elle avec l'état courant de l'établissement?
- Quelle est la capacité au sein des établissements pour une telle initiative?
- Quel modèle de prestation serait le mieux adapté à ces établissements?

Méthodologie

L'Institut canadien pour la sécurité des patients a engagé Prairie Research Associates (PRA) pour mener des entrevues clés auprès de professionnels de la santé et d'administrateurs partout au Canada, afin d'obtenir leurs opinions et perceptions sur le travail d'équipe et la communication et, en dernier ressort, sur la sécurité des patients. Les entrevues d'informateurs clés correspondent à une technique qualitative qui permet de recueillir des renseignements plus détaillés que dans un sondage. Dans le cadre de cette recherche, PRA a jugé suffisant un échantillon de 25 entrevues.

Pour recueillir un éventail d'opinions dans l'ensemble du Canada, les membres du Groupe de travail ont élaboré une liste d'informateurs clés possibles pour un groupe de consultation qui représente divers établissements de soins de santé (p. ex. les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers, les régions sociosanitaires, etc.), différentes responsabilités au sein de ces établissements (p. ex. les présidents-directeurs généraux, les gestionnaires, les médecins, les éducateurs et le personnel de première ligne), ainsi que diverses régions du pays.

Le tableau C contient une description des postes des personnes interrogées.

Tableau C

Poste	n
Sécurité des patients/amélioration de la qualité/gestion de risques	7
Présidents-directeurs généraux	5
Personnel de première ligne (personnel infirmier, pharmaciens, professionnels paramédicaux)	4
Gestionnaires/directeurs	4
Éducateurs	3
Médecins	2
Total	25

Les 25 informateurs qui ont participé à cette recherche étaient situés dans huit provinces et un territoire (voir la Répartition géographique des personnes interrogées).

Répartition géographique des personnes interrogées

Tableau D

Zone géographique représentée	Nombre de participants (n)
Le Nord	2
Colombie-Britannique	5
L'Ouest	2
Ontario	10
Québec	3
Canada Atlantique	3
Total	25

Des entrevues téléphoniques ont été menées entre le 5 août et le 8 septembre 2010. Même si ces entrevues ont fait appel à divers professionnels, on ne peut pas dire qu'elles sont représentatives des établissements des soins de santé. À ce titre, ces conclusions ne constituent qu'un guide, et il ne faut pas les extrapoler à l'ensemble des établissements.

Voici les points saillants qui sont le plus couramment établis dans les réponses fournies dans cette étude :

- Des communications et un travail d'équipe insuffisants constituent souvent un facteur qui contribue aux incidents liés à la sécurité des patients; et la sécurité des patients s'améliore avec un travail d'équipe et des communications efficaces.
- La sécurité des patients est souvent reconnue comme une priorité organisationnelle, mais le lien entre le travail d'équipe et des communications efficaces comme moyen d'appuyer la sécurité des patients n'est pas toujours établi.
- Les défis au travail d'équipe et aux communications efficaces comprennent la culture et la structure organisationnelles, la culture du milieu de travail, le manque de formation et de ressources, et la nature des soins de santé (y compris les activités et les affaires courantes, ainsi que le fait que les équipes sont de nature dynamique).
- Une formation structurée au travail d'équipe conviendrait à la planification organisationnelle, à l'ensemble actuel des priorités et de la culture, et les établissements s'intéressent aux stratégies de travail d'équipe et de communications efficaces qui appuient des soins sécuritaires aux patients.
- Des établissements étaient engagés dans des initiatives liées au travail d'équipe et aux communications soit dans le cadre de leur plan stratégique, soit dans celui de discussions en cours.

- Bien que le travail d'équipe et les communications ne soient pas nécessairement de nouveaux concepts au sein de certains établissements, ils n'étaient pas toujours bien articulés comme une priorité, et n'étaient pas traités comme des sujets étroitement liés à la sécurité des patients.
- La reconnaissance de l'importance du travail d'équipe et des communications efficaces aux échelons supérieurs de l'établissement n'a pas toujours gagné les prestataires de soins de santé de première ligne.
- Les programmes et outils en place favorisant le travail d'équipe et la communication étaient jugés « trop larges » et n'étaient pas appliqués de la même manière dans tous les services parmi tout le personnel.
- Des leaders désignés existaient, mais ils avaient un temps et des ressources limités pour se faire les champions de toute nouvelle initiative.
- Une plus grande harmonisation était plus susceptible de se produire dans les établissements où l'éducation et la formation occupent une place importante, et où la direction appuie le travail d'équipe et les communications.
- L'outil le plus généralement mentionné correspondait à l'acronyme SAER (situation-antécédents-évaluation-recommandation), et était utilisé comme outil autonome ou en conjonction avec d'autres. L'approche SAER était fréquemment appliquée dans des secteurs particuliers, mais non de manière généralisée dans tout l'établissement. Quelques établissements semblaient avoir des programmes autonomes qui portent sur le travail d'équipe et les communications, ou des programmes de formation qui intègrent ces éléments.

Les entrevues d'informateurs clés ont permis de souligner que le taux d'adoption d'un programme favorisant le travail d'équipe et les communications est normalement influencé par les éléments suivants :

- l'alignement du travail d'équipe et des communications sur les initiatives en place en matière de sécurité des patients et de qualité des soins en vue de minimiser des priorités concurrentes;
- le temps et les ressources disponibles;
- les éléments de preuve pertinents, les résultats souhaités/bienfaits recherchés (p. ex. la recherche, la rentabilité);
- le soutien à tous les échelons de l'établissement, allant du personnel de première ligne à la haute direction, et de tous les services et unités, chacun favorisant sa propre culture; les prestataires de soins de santé croient connaître la manière de communiquer et de travailler en équipe et, à ce titre, un programme de formation n'est peut-être pas une priorité;
- une formation qui permettrait à tous les travailleurs de la santé d'acquérir les compétences essentielles en matière de travail d'équipe et de communication, et qui est transférable à tous les milieux;
- la nature de la formation, ses modalités de mise en œuvre, le temps nécessaire, et les ressources disponibles; les programmes de formation doivent être souples, adaptables et intégrés dans les programmes et initiatives en place, ce qui permet d'éviter des charges de travail supplémentaires.

Les informateurs clés ont suggéré que deux éléments critiques pour la réussite de la mise en œuvre d'un programme de formation au travail d'équipe et aux communications étaient l'influence de la direction et la méthode de prestation.

La direction devrait :

- appuyer la formation au travail d'équipe et aux communications, car elle est responsable en dernier ressort des soins sécuritaires aux patients au sein de l'établissement;
- désigner clairement des responsables, y compris des médecins chefs, qui sont prêts à appuyer une initiative favorisant le travail d'équipe et les communications avant de mettre en œuvre tout programme de formation.

La méthode de prestation (type de formation) devrait :

- être adaptable pour répondre aux caractéristiques (p. ex. la taille dimensions, l'emplacement géographique, les ressources) de l'établissement ainsi que du service et des unités concernés; la personnalisation est un facteur clé de réussite;
- s'adresser à tous les échelons de l'établissement, être doté d'un calendrier souple en raison du travail par postes, et intégrée facilement dans l'orientation offerte au nouveau personnel;
- être fondée sur des modèles qui n'exigent pas la présence de tout le personnel, et être compatible avec diverses méthodes de prestation (de préférence les méthodes de formation des formateurs); la formation devrait être offerte en ligne et être de nature modulaire;
- être intégrée aux programmes de formation et séances de sensibilisation en place, car l'acceptation d'un programme est moins probable si elle est perçue comme une « nouvelle initiative ».

Résumé des recherches sur la formation au travail d'équipe

Par suite de l'analyse documentaire, 13 programmes et un cadre de formation au travail d'équipe (gestion des ressources en équipe) ont été établis. Pour une compréhension plus approfondie de chaque programme, nous avons aussi effectué un examen structuré de ces programmes, particulièrement de leur applicabilité au contexte de santé canadien.

Méthodologie

Nous avons formulé une série de questions dans le but de recueillir des renseignements sur chaque programme. Ces renseignements ont permis de remplir une matrice pour souligner des aspects de chaque programme dans cinq catégories. Les questions et catégories ont été sélectionnées pour aider des établissements en ce qui a trait à l'utilisation d'un certain programme. Voici les cinq grandes catégories étudiées :

- documentation sur le programme ou le cadre
- applicabilité du programme au système de santé canadien
- prestation du programme

- résultats
- outils

Pour obtenir efficacement les réponses à ces questions, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a engagé une firme de recherche indépendante, Prairie Research Associates (PRA), pour trouver les réponses aux questions proposées par le sous-comité et remplir la matrice (annexe C).

Conclusions

Les 14 programmes de formation au travail d'équipe ont en commun l'objectif d'améliorer la sécurité des patients en optimisant le rendement des personnes et en réduisant leurs erreurs. Tous les programmes présentent des forces et des faiblesses, et un engagement financier ainsi que du temps pour leur mise en œuvre.

Les compétences et outils suivants étaient le plus couramment utilisés dans tous les programmes (par ordre décroissant de fréquence d'utilisation).

Compétences

Connaissance de la situation
Reconnaissance des incidents liés à la sécurité des patients/RCA/FMEA
Facteurs humains
Affirmation de soi
Compétences en leadership

Outils

Débriefages
Brefings/petits groupes
Outils de communications structurés
Boucles de rétroaction/communications fermées
Listes de contrôle/protocoles normalisés

Le tableau suivant indique les quatre programmes de formation au travail d'équipe (sur les 14 programmes) pour lesquels le maximum de renseignements était disponibles relativement aux catégories et questions. Le groupe a reconnu que la quantité de renseignements fournis sur ces quatre programmes suffirait à éclairer la sélection du programme de formation le plus convenable pour n'importe quel établissement de soins de santé.

Le tableau suivant résume les renseignements disponibles pour chacun des quatre programmes (voir l'annexe C pour de plus amples renseignements sur ces programmes) :

Abbréviation	Nom du programme de formation
CRM	Crew Resource Management
TOPS	Triad for Optimal Patient Safety
AMPRO ^{OB}	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
TeamSTEPPS	Outils et stratégies pour les équipes visant à améliorer le rendement et la sécurité des patients

Tableau E

Questions	CRM	TOPS	AMPRO ^{OB}	TeamSTEPPS
Est-ce que les détails du programme sont fournis?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que ce programme s'applique aux professions des soins cliniques?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que le programme s'applique aux professions des soins non cliniques?	✓	✓	✓	X
Est-ce que le programme s'applique aux administrateurs en soins de santé?	✓	X	✓	X
Est-ce que le programme s'applique à tous les niveaux de soins de santé (p.ex. les soins actifs, les SLD, les soins communautaires)?	✓	✓	X	✓
Est-ce que ce programme s'applique au contexte canadien?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que les modes de prestation utilisés dans ce programme sont présentés?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que les principes d'apprentissage des adultes sont indiqués?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que le temps requis pour la préparation à la prestation de ce programme est établi?	X	X	✓	X
Est-ce que le temps requis pour la participation à ce programme est établi?	X	X	✓	X
Est-ce que la durée prévue de la prestation de ce programme est établie? (p. ex. dates multiples ou prestation unique?)	X	✓	✓	✓

Questions	CRM	TOPS	AMPRO ^{OB}	TeamSTEPPS
Est-ce que les coûts associés à ce programme - y compris les coûts d'intégration, de prestation, touchant le personnel et de déplacement - sont établis?	✓	✓	✓	✓
Est-ce qu'une recherche ou une méthodologie particulière, sur laquelle le programme repose, est établie?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que l'accent est mis sur les changements de comportement?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que la science du comportement est un volet du programme?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que le but du programme est de changer le comportement?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que le changement est défini comme étant durable et mesurable?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que les résultats escomptés à la suite de la mise en œuvre de ce programme sont établis?	✓	✓	✓	✓
Est-ce que l'emploi d'outils de communication est établi dans ce programme?	✓	✓	✓	✓

✓ = Renseignements suffisants pour répondre à la question de façon satisfaisante

X = Renseignements non fournis en réponse à la question, ou renseignements insatisfaisants

Ces quatre programmes sont largement applicables sur la base des questions et réponses recueillies dans les sites Web des programmes de formation au travail en équipe et les contacts clés; de ce fait, ils ont répondu à la majorité des critères. Des renseignements plus approfondis sur chacun de ces programmes hautement recommandés sont fournis à l'annexe C, mais les détails suivants résument chacun d'eux (dans l'ordre alphabétique) :

- **CRM** – Les forces de l'approche fondée sur la gestion des ressources en équipe résident dans la formation interdisciplinaire du personnel clinique et non clinique, et une feuille de route dans le secteur des soins de santé pendant plus de 15 ans. Ce cours utilise les outils de communication courants tels que le SBAT, les breffages et débrefages, ainsi que les boucles de communications fermées.
- **AMPRO^{ob}** – Le programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux a été élaboré par *Salus Global*, une société canadienne. Bien qu'elle axe ses travaux sur l'obstétrique, la société a élaboré d'autres programmes d'application plus générale dans tous les secteurs des soins de santé. Les programmes sont disponibles en anglais et en français.

- **TeamSTEPPS** – Ce programme est axé sur les services cliniques et est largement utilisé aux États-Unis dans des établissements de soins de santé militaires et civils. Le programme d'enseignement est disponible dans le domaine public et, en ce qui a trait au coût, la formation n'est actuellement offerte qu'aux États-Unis. TeamSTEPPS a récemment été présenté aux participants du programme de sensibilisation à la sécurité des patients de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et est sous licence en Australie-Méridionale.
- **TOPS** – Le programme *Triad for Optimal Patient Safety* est conçu pour les prestataires de soins cliniques et non cliniques. On peut l'utiliser dans tout l'éventail des soins de santé, et est applicable au contexte de santé du Canada. Les renseignements sur les coûts n'ont pas été fournis, mais le coût est fonction de la discipline et du lieu.

Limitations

Les résultats de ces recherches sur la formation au travail d'équipe ont porté surtout sur la mise en œuvre de ces programmes de formation au sein des établissements pour patients hospitalisés, et n'ont pas couvert l'éventail complet de la prestation des soins de santé (p. ex. les soins ambulatoires et les soins de santé communautaire).

Ces recherches n'ont pas porté à dessein sur la question importante de savoir comment préserver les leçons apprises dans un programme de formation au travail d'équipe après sa mise en œuvre.

Bien que l'importance critique de communications efficaces entre les prestataires de soins de santé et les patients et leurs familles soit reconnue, ces recherches n'ont pas permis d'examiner l'aspect des communications prestataire-patient dans les programmes de formation au travail d'équipe.

En dépit de ces limitations, la présente analyse des programmes de formation fournit un aperçu de haut niveau quant au but, au contenu, à la méthodologie, aux principes d'apprentissage, aux résultats escomptés, et à l'applicabilité au contexte général des soins de santé au Canada. Bien qu'elle ne fournisse pas tous les détails nécessaires à un établissement pour sélectionner un programme en toute confiance, cette analyse est destinée à fournir aux établissements les renseignements requis pour déterminer les programmes qui répondent à leurs objectifs. Après avoir déterminé un programme, les établissements doivent obtenir des renseignements supplémentaires en vue de prendre une décision finale.

Résumé de la consultation auprès de spécialistes canadiens et étrangers

La consultation auprès de spécialistes de la qualité des soins et de la sécurité des patients a été reconnue rapidement comme une stratégie visant à appuyer le développement des connaissances au sein du Groupe de travail et la réussite de cette initiative. Nous avons recherché des personnes clés pour donner des conseils et faire des commentaires à mesure que l'élaboration de ce document avançait. La participation de ces spécialistes a éclairé notre compréhension des diverses stratégies, recherches et méthodologies visant à améliorer le travail d'équipe et les communications dans le secteur des soins de santé. Voici un bref résumé des leçons tirées dans le cadre du processus de consultation.

Un cadre de soins sécuritaires et fiables

Dr Allen Frankel, Principe Pascal Metrics

Dr Michael Leonard, Principe Pascal Metrics

Drs Allan Frankel et Michael Leonard, spécialistes reconnus de la qualité des soins et de la sécurité des patients, nous ont présenté leur cadre de soins sécuritaires et fiables, une vision des éléments clés nécessaires aux qualités de leadership d'une équipe efficace et aux comportements des membres d'une équipe dont un résumé est fourni ci-après (adaptation de l'exposé présenté le 23 septembre 2009 par Drs Frankel et Leonard, intitulé « Un cadre de soins sécuritaires et fiables »).

Qualités de leadership en matière de sécurité

Favoriser une culture positive dans un cadre de respect, de travail d'équipe et de communication.

Donner l'assurance de la sécurité psychologique qui reconnaît que les personnes sont faillibles; admettre que les préoccupations sont importantes et doivent être prises en compte; et viser une sécurité et une qualité supérieures.

Sélectionner des membres d'une équipe en fonction de leurs connaissances génériques, de leurs compétences et de leurs attitudes à l'appui d'une pratique clinique et de son amélioration.

Comportements des membres d'une équipe

Organiser des breffages pour faire valoir des modèles mentaux partagés.

Assurer une communication claire (p.ex. en utilisant une boucle fermée, ou l'approche SAER).

Utiliser la négociation de conflit au moyen d'un langage articulé et critique.

Pratiquer l'apprentissage continu au moyen des débriefages.

Assurer une connaissance continue de la situation.

Drs Frankel et Leonard ont suggéré que, en investissant un peu de temps, le travail d'équipe et les communications peuvent augmenter la sécurité des soins.

Culture favorisant la sécurité

M. Mark Fleming, Département de psychologie, St. Mary's University, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Mme Nicole Wilson, Gestion des ressources humaines et comportement organisationnel, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

M. Mark Fleming, spécialiste reconnu de la culture favorisant la sécurité et de la modification du comportement; ainsi que Mme Nicole Wilson, étudiante diplômée en psychologie organisationnelle, ont expliqué pourquoi le travail d'équipe efficace est un préalable à une culture favorisant la sécurité ouverte. La culture favorisant la sécurité a été présentée en relation avec le Modèle de maturité de la culture de sécurité, qui propose que cette dernière s'améliore sans cesse selon cinq niveaux : pathologique (s'occuper de sécurité est perçu comme une perte de temps), réactif (une réponse suit toujours un incident), bureaucratique (des systèmes sont en place pour gérer les risques), proactif (les établissements sont sur le qui-vive et prêts à ce qui peut arriver), et génératif (la gestion des risques est la clé de chaque aspect de l'établissement). La culture favorisant la sécurité motive les professionnels de la santé à adopter des comportements à l'appui de la sécurité des patients (y compris la formation au travail d'équipe et les communications ouvertes).

L'état du travail d'équipe efficace et de l'éducation interprofessionnelle

Dre Ivy Oandasan, professeure agrégée et boursière pour la recherche, Département de la famille et de la médecine communautaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Dre Ivy Oandasan, auteure principale de l'analyse documentaire de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) sur le travail d'équipe efficace en soins de santé au Canada⁷, a partagé ses connaissances sur l'état du savoir en matière de fonctionnement d'une équipe efficace, et a expliqué les facteurs personnels et organisationnels qui influencent le travail d'équipe, la manière dont les équipes changent de niveau de mobilisation, les normes et valeurs des équipes, et les obstacles à la collaboration. L'analyse documentaire de la FCRSS a permis de conclure que les prestataires de soins de santé qui œuvrent dans des équipes efficaces peuvent améliorer la qualité des soins aux patients, améliorer la sécurité des patients et avoir un impact positif sur les prestataires de soins de santé (en réduisant le risque d'épuisement professionnel). Dre Oandasan défend avec force les soins interprofessionnels axés sur les patients, et encourage les éducateurs des professions de la santé à élaborer des programmes d'études et des modèles de formation qui appuient le travail de collaboration.

Écart positif : une approche de la gestion du changement culturel en vue de réduire les infections acquises en milieu de soins de santé

Dr Michael Gardham, directeur, Prévention et contrôle des maladies infectieuses auprès de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

Le spécialiste du contrôle des infections, Dr Michael Gardham, a partagé son travail pilote pour présenter l'Écart positif (Positive Deviance - PD) dans les hôpitaux de soins actifs au Canada en vue de mesurer l'incidence de la PD sur le staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) et le Clostridium difficile (C. difficile). La PD a été décrit comme un changement social et une

méthodologie d'amélioration, qui repose sur la croyance que les solutions à des problèmes de comportement apparemment insolubles (p. ex. le refus de se laver les mains) sont découvertes et adoptées par certaines personnes au sein d'un groupe. L'écart positif engage les équipes à définir et diffuser une pratique exemplaire pour améliorer la qualité des soins.

Analyse du flot d'information en salle d'opération cardiaque

M. Avi Parush, professeur agrégé de psychologie, Université Carleton, Ottawa (Ontario)

M. Avi Parush, dont les recherches portent sur les facteurs humains liés aux systèmes de santé et à la sécurité des patients, a étudié les problèmes du travail d'équipe et des communications dans les blocs opératoires cardiaque afin d'évaluer les conséquences sur la sécurité des patients. Comme les incidents liés à la sécurité des patients peuvent être retracés à la conception et l'utilisation de l'équipement, les recherches visaient à trouver des solutions techniques pour régler les problèmes de communication dans le bloc opératoire. M. Parush et son équipe ont mis au point un système d'affichage de l'information fondé sur des méthodes d'ingénierie des facteurs humains. Ce système d'affichage fournit des renseignements critiques sur le patient aux membres de l'équipe dans la salle d'opération, et peut minimiser les dommages liés à une rupture de communication et une perte d'information ; c'est un exemple de la manière dont la technologie de l'information peut faciliter le travail des cliniciens et favoriser la transmission efficace des renseignements critiques.

L'apprentissage par projets fondé sur la recherche

Tavia Nazarko, Consultante

Kelly Kay, Consultante

Pour définir les paramètres qui régissent l'analyse documentaire exhaustive, les membres du Groupe de travail ont appliqué une méthodologie de sensibilisation qui s'appelle Apprentissage par projets fondé sur la recherche (Inquiry Based Learning - IBL). Il s'agit d'une approche à l'apprentissage en collaboration, imposée par les questions des apprenants (dans ce cas les membres du Groupe de travail). L'approche IBL favorise le travail d'équipe, la résolution de problème, la pensée critique, la communication et la coopération, qualités que le groupe a adoptées afin de faire avancer le travail et, en même temps, modéliser l'initiative du travail d'équipe et des communications. Grâce à une modélisation habile de l'esprit de recherche, Tavia Nazarko et Kelly Kay ont animé un processus de questionnement qui a appuyé la découverte de l'expérience et des connaissances existant au sein du groupe. Ce processus a permis aussi de « révéler » les limites et les concepts clés qui devraient guider l'analyse documentaire et les recherches sur les programmes de formation au travail d'équipe ainsi que la mesure dans laquelle les établissements intègrent (ou sont prêts à adopter) le travail d'équipe et les communications efficaces pour appuyer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Transfets cliniques

Christy Pirone, South Australian Department of Health

Karen Stead, South Australian Department of Health

Chris Baggoley, pdg int., Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (ACSQHC)

Tamsin Kaneen, Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (ACSQHC)

Nicola Dunbar, Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (ACSQHC)

Christy Pirone et Karen Stead ont expliqué la manière dont le programme TeamSTEPPS a été mis en œuvre dans cinq sites pilotes. Le programme a été mis à l'essai pour évaluer son applicabilité au contexte australien. De plus, on a évalué la manière dont les connaissances, les compétences et les attitudes associées au travail d'équipe et des communications plus efficaces ont amélioré les transferts cliniques grâce à l'approche SAER. Chris Baggoley et Tamsin Kaneen ont présenté un résumé du travail qu'ils ont entrepris et a qui a mené à la production de l'OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement de l'ACSQHC8, qui décrit une pratique exemplaire et les principes régissant les transferts cliniques. Nicola Dunbar a parlé des travaux de l'ACSQHC visant à comparer des modèles d'amélioration des diagrammes de patients (et à faire des recommandations à cet égard), en améliorant la reconnaissance et la réponse au processus de détérioration. Les études de convivialité et les essais pilotes constitueront l'étape suivante du projet.

Ces consultations auprès de spécialistes de la qualité des soins et de la sécurité des patients ont aidé les membres du Groupe de travail à mieux comprendre les recherches, les méthodologies et les stratégies pour appuyer le travail d'équipe et les communications efficaces, et ont ainsi grandement contribué à élaborer ce document.

RECOMMANDATIONS

Les travaux du Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications visent à souligner l'information qui sera particulièrement utile aux décideurs et aux prestataires de soins de santé en quête de directives pour leur sélection d'un plan d'action à l'appui de l'excellence du travail d'équipe et des communications au sein de leur établissement. À mesure que les membres du Groupe de travail examinaient les efforts visant à améliorer les communications et le travail d'équipe au Canada et à l'étranger, et en tiraient les leçons, il est devenu évident qu'il y avait encore des possibilités d'amélioration. Par conséquent, nous proposons un certain nombre de recommandations que devront examiner les dirigeants, les décideurs, les cadres intermédiaires, les prestataires de soins de santé de première ligne, les éducateurs et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

Dirigeants et décideurs

- Faire la promotion active et financer l'intégration de programmes de sensibilisation et de formation en équipe au sein des établissements et des centres paramédicaux, et en évaluer les incidences.

Cadres intermédiaires

- Intégrer une formation officialisée sur le travail d'équipe et les communications dans les exigences de base en matière de sensibilisation et formation continue au sein des établissements de soins de santé, en s'attachant notamment à la pratique quotidienne et aux situations de crise.
- Normaliser (dans la mesure du possible) les approches générales en matière de formation au travail d'équipe et aux communications dans tous les établissements.
- Étudier la possibilité d'intégrer une des approches recommandées dans ce document de synthèse en matière de formation.

Prestataires de soins de santé de première ligne

- Intégrer activement les patients et les membres de leurs familles à l'équipe des soins de santé, en s'assurant que toutes les possibilités sont étudiées et créées pour demander des renseignements nécessaires aux décisions de santé.
- Participer activement aux occasions de formation pour améliorer le travail d'équipe et les communications, et s'engager à intégrer ces connaissances dans leur pratique.

Éducateurs

- Continuer d'encourager et d'appuyer la sensibilisation à la pratique interprofessionnelle dans tous les programmes professionnels de santé.

Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)

- Assurer une collaboration continue avec Agrément Canada pour concevoir et tenir à jour les pratiques organisationnelles et les normes qui appuient la participation des établissements et des prestataires de soins dans des pratiques de travail d'équipe et de communication sécuritaires.
- Promouvoir l'intégration de la formation au travail d'équipe et aux communications fondée sur des données probantes dans le cadre de programmes pertinents de l'ICSP, comme le Programme d'éducation en sécurité des patients (PESP).
- Appuyer l'inclusion de la formation au travail d'équipe et aux communications dans le cadre de la sensibilisation à la pratique interprofessionnelle dans les programmes professionnels de soins de santé.
- Appuyer l'intégration d'une formation normalisée au travail d'équipe et aux communications au sein des établissements de soins de santé canadiens dans tous les secteurs de soins.

CONCLUSION

Le parcours emprunté pour adopter et enraciner le travail d'équipe et les communications efficaces est sans doute parsemé de défis. Le philosophe Goethe a affirmé : « Savoir ne suffit pas; nous devons appliquer ce que nous savons. Vouloir ne suffit pas; nous devons agir. » Nous avons la connaissance sous forme d'une documentation en perpétuelle croissance qui prône la valeur du travail d'équipe et des communications pour améliorer la sécurité des patients. Nous devons maintenant transformer cette connaissance et ces conversations en actes. Les établissements qui adoptent cette valeur du travail d'équipe et des communications comme « obligation » et non comme un « luxe » renforceront en dernier ressort leur capacité à fournir des soins sécuritaires aux patients.

Un plaidoyer passionné : le récit d'une mère (suite)

En qualité de mère qui a vécu une issue tragique, Donna présente ce plaidoyer passionné au nom des patients et des familles :

Les circonstances nous ont réunis, et maintenant je suis votre patiente; effrayée, tourmentée, frustrée et vulnérable. J'ai besoin de croire que vous me donnerez les soins les plus sécuritaires possible. J'ai aussi besoin de participer à mes soins. Je vous prie de m'écouter, et d'écouter ma famille, car nous vous présentons des renseignements que nous seuls possédons. Écoutez nos questions; soyez ouverts à notre besoin de comprendre et de combler les lacunes dans nos connaissances. Il se peut que nous ne comprenions pas les processus qui régissent la prestation des soins, alors nous vous demanderons plus d'une fois de nous expliquer le pourquoi, le quand et le comment. Prenez votre temps; parlez clairement et simplement. Nous nous sentirons rassurés que nous avons bien votre oreille lorsque nous aurons une conversation bidirectionnelle.

Ma famille et moi avons consulté le Web pour mieux comprendre mon état de santé et le système dans lequel mes soins seront prodigués. Je vous prie d'accepter ces efforts en guise de signe de notre volonté de participer activement comme membres de l'équipe de soins de santé. Nous n'essayons pas de vous dire comment vous devez faire votre travail. Nous essayons plutôt d'être des membres actifs de l'équipe de soins. Je déploierai tous les efforts pour vous aider à m'aider.

J'ai besoin de croire que tout le monde aura le courage de parler pour moi si j'en suis incapable. Je vous prie de respecter le courage que ma famille affiche lorsque l'intuition ou une « conviction profonde » leur dit que quelque chose ne va pas. Je vous prie de prendre leur intuition à cœur. Nous sommes des partenaires actifs et devons partager tous les renseignements pour appuyer la prestation des soins et obtenus de bons résultats.

J'ai essayé de me mettre à votre place, mais je ne peux pas imaginer comment, du matin au soir, en côtoyant l'humanité dans ce qu'elle a de plus faible, vous trouvez quand même la force de m'aider. Je vous suis reconnaissante par le fait même que vous puissiez.

RÉFÉRENCES

1. Gawande, A.A., M.J. Zinner, D.M. Studdert et T.A. Brennan TA. « Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals », *Surgery*, 2003, vol. 133, no 6, pages 614 à 621.
2. Sutcliffe, K.M., E. Lewton et M.M. Rosenthal. « Communication failures : an insidious contributor to medical mishaps », *Acad Med.*, 2004, vol. 79, no 2, pages 186 à 194.
3. Risser, D.T., M.M. Rice, M.L. Salisbury, R. Simon, G.D. Jay et S.D. Berns. « The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department ». The MedTeams Research Consortium, *Ann Emerg Med.*, 1999, vol. 34, no 3, pages 373 à 383.
4. Leonard, M., S. Graham et D. Bonacum. « The human factor : the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care », *Qual Saf Health Care*, 2004, suppl. no 13, pages i85 à i90.
5. Feldman, M. et J. March. « Information as signal and symbol », *Admin Sci Quart.*, 1981, vol. 26, no 2, pages 171 à 186.
6. Stohl, C. et W.C. Redding. « Messages and message exchange processes ». In Jablin F, Putnam L, Roberts K, Porter L, éditeurs. *The handbook of organizational communication*. Beverly Hills (CA) : Sage, 1987, pages 451 à 502.
7. Oandasan, I., G.R. Baker, K. Barker, C. Bosco, D. D'Amour, L. Jones et al. « Teamwork in healthcare : promoting effective teamwork in healthcare in Canada ». Ottawa (ON) : *Canadian Health Services Research Foundation*, 2006.
8. Frankel, A., R. Gardner, L. Maynard et A. Kelly. « Using the Communication and Teamwork Skills (CATS). Assessment to measure health care team performance », *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, sept. 2007, vol. 33, no 9, pages 549 à 558.
9. Mickan, S. et S. Rodger. « Characteristics of effective teams : a literature review », *Aust Health Rev.*, 2000, vol. 23, no 3, pages 201 à 208.
10. Guise, J.M. et N.K. Lowe. « Do you speak SBAR? » *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2006, vol. 35, no 3, pages 313 et 314.
11. Salas, E., D.E. Sims et C. Klein. « Cooperation and teamwork at work ». In Spielberger CD, éditeur. *Encyclopaedia of applied psychology*, San Diego : Academic Press, 2004, pages 497 à 505.
12. Pratt, S.D. et B.P. Sachs. « Team training : classroom training vs. high-fidelity simulation : Agency for Healthcare Research and Quality », 2006.
13. Baker, D.P., R. Day et E. Salas. « Teamwork as an essential component of high-reliability organizations », *Health Serv Res.*, 2006, vol. 41, no 4, partie 2, pages 1576 à 1598.

14. Salas, E. et J. Cannon-Bowers. « Design training systematically ». In Locke EA, éditeur. *The Blackwell handbook of principles of organizational behavior*, Malden (MA) : Blackwell Publishing, 2000, pages 43 à 59.
15. Salas, E. et J.A. Cannon-Bowers. « The science of training : a decade of progress », *Annu Rev Psychol.*, 2001, vol. 52, pages 471 à 499.
16. Weaver, S.J., M.A. Rosen, D. DiazGranados, E.H. Lazzara, R. Lyons, E. Salas et al. « Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation », *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 2010, vol. 36, no 3, pages 133 à 142.
17. Salas, E., S.A. Almeida, M. Salisbury, H. King, E.H. Lazzara, R. Lyons et al. « What are the critical success factors for team training in health care? » *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 2009, vol. 35, no 8, pages 398 à 405.
18. Frankel, A., M. Leonard, R. Simmonds, C. Haraden et K.B. Vega. « Essential guide for patient safety officers ». Oakbrook Terrace (IL) : Joint Commission Resources, 2009.
19. Makary, M.A., C.G. Holzmueller, D. Thompson, L. Rowen, E.S. Heitmiller, W.R. Maley et al. « Operating room briefings : working on the same page ». *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 2006, vol. 32, no 6, pages 351 à 355.
20. Frankel, A.B., M. Leonard. « Essential components for patient safety strategy ». *Perioper Nurs Clin.*, 2008, vol. 3, no 4, pages 263 à 276.
21. Raines, M. et A. Mull. « Give it to me : the development of a tool for shift change report in a level I trauma center », *J Emerg Nurs.*, 2007, vol. 33, no 4, pages 358 à 360.
22. Makary, M.A., A. Mukherjee, J.B. Sexton, D. Syin, E. Goodrich, E. Hartmann et al. « Operating room briefings and wrong-site surgery », *J Am Coll Surg.*, 2007, vol. 204, no 2, pages 236 à 243.
23. Whittington, J. et J. Nagamine. « SBAR : application and critical success factors of implementation. Institute for Healthcare Improvement », 2006. En ligne. Consulté le 28 mai 2010 : <<http://www.managedcare.com>>.
24. Dayton, E. et K. Henriksen. « Communication failure : basic components, contributing factors, and the call for structure », *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, 2007, vol. 33, no 1, pages 34 à 47.
25. « IOM report : patient safety—achieving a new standard for care », *Acad Emerg Med.*, 2005, vol. 12, no 10, pages 1011 à 1012.
26. Sammer, C.E., K. Lykens, K.P. Singh, D.A. Mains et N.A. Lackan. « What is patient safety culture? A review of the literature », *J Nurs Scholarsh.*, 2010, vol. 42, no 2, pages 156 à 165.
27. Salas, E., D. Sims, C. Klein et C.S. Burke. « Can teamwork enhance patient safety? » *Forum Risk Manag.*, 2003 vol. 23, no 3, pages 5 à 9.

28. Mann, S. « Changing culture : implementation of MedTeams », *Forum Risk Manag.*, 2003 vol. 23, no 3, pages 14 à 18.
29. Baker, D.P., S. Gustafson, J.M. Beaubien, E. Salas et P. Barach. « Medical team training programs in health care ». *Advances in patient safety : from research to implementation; volumes 1 à 4*. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality, 2005, pages 253 à 267.
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*. Sydney, ACSQHC, 2006.

Annexe A – Analyse documentaire

Annexe B – Document complet sur l'évaluation des besoins

Annexe C – Document complet de la recherche sur la formation au travail d'équipe





Safe care... accepting no less

