

# Au-delà de la conformité



Lutter avec les paradoxes et les silences dans la communication de l'équipe de la salle d'opération.

Lorelei Lingard PhD

# *La communication est*

essentielle dans le travail d'équipe et les processus  
de qualité,

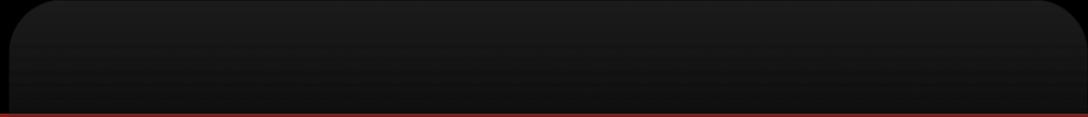
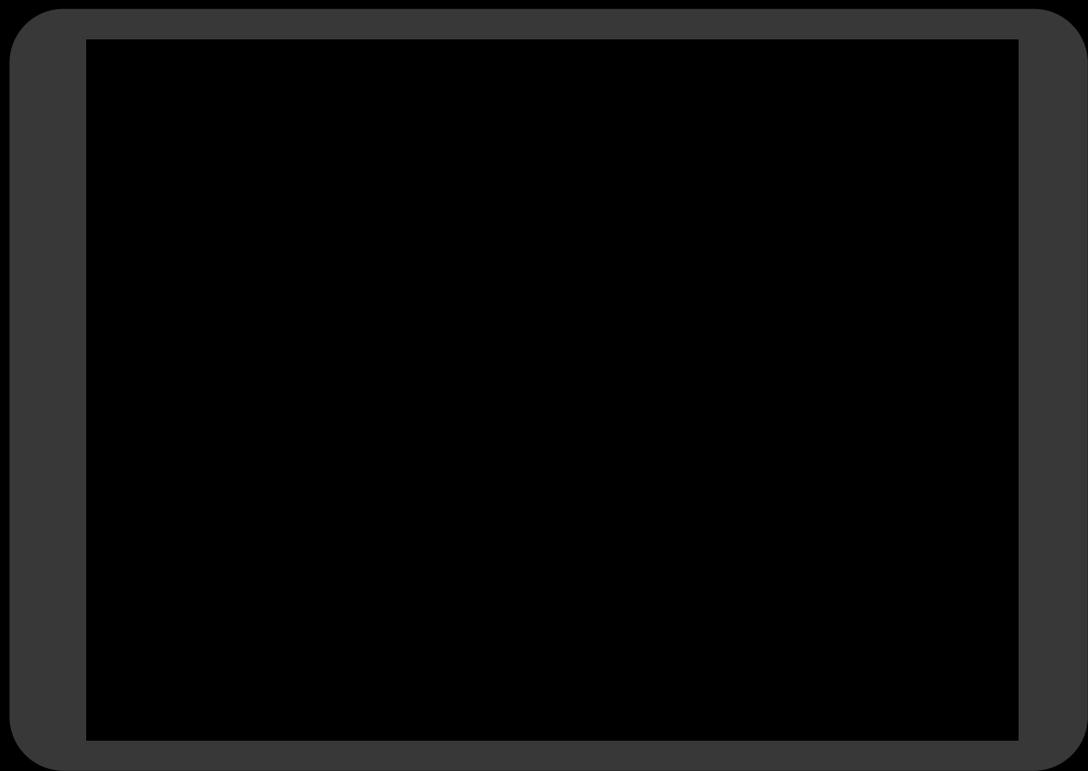
une cause fréquente d'erreurs et d'événements  
indésirables,

un terrain croissant d'interventions visant à améliorer  
la sécurité.

Communication et sécurité

Des initiatives dans le but d'améliorer la communication et le travail d'équipe ont été populaires au cours de la dernière décennie.

Interventions dans la communication d'équipe



# La formation améliore l'attitude dans l'équipe.

- Bleakley, Boyden, Hobbs, et al. 2006
- Grogan, Stiles, France, Speroff, Morris et al. 2004
- Morey, Simon, Jay, Wears, Salisbury, Dukes et al., 2002
- Salas, Wilson, Burke & Wightman, 2006
- Bleakley, Boyden, Hobbs, et al. 2006
- Grogan, Stiles, France et al. 2004
- Morey, Simon, Jay, Wears et al., 2002
- Salas, Wilson, Burke & Wightman, 2006
- Halverson, Moorman et al. 2009

Résultat de l'intervention

Les interventions avec briefing préopératoire (section entrée de la LVSC) en particulier, ont été associées avec :

- Une communication améliorée (Lingard, Regehr, Reznick et al. 2008; in press)
- Des changements immédiats dans les plans de soins du patient (Awad, Fagan, Bellows, et al., 2005; Lingard, Whyte, Espin, et al., 2006)
- Une perception d'une pratique de collaboration sécuritaire (Makary, Mukherjee, Sexton, et al. 2007; Lingard, Regehr, et al. 2008)

Résultats d'une intervention avec briefing

Des découvertes inattendues  
et négatives

peuvent avoir autant de valeur

que faire l'éloge du succès



Mais nous n'avons pas assez participé.

‘Paradoxical effects’,  
*CogTechWork*, 2008

‘Uptake of a Team Briefing’,  
*SocSciMed*, 2010

‘Counting Silence’,  
*Safer Surgery* (R. Flin), 2009

‘Why didn’t they say anything?’,  
*JAdvNurs*, 2009



Quelques années à y participer.

Présenter notre équipe de recherche sur le briefing en salle d'opération.

Explorer les effets paradoxaux.

Discuter du défi du "silence".

Les objectifs de la présentation

,

Notre étude sur le briefing de notre équipe  
en salle d'opération

Vue rhétorique sur le langage  
comme action sociale

Méthodes variées : qualitative et quantitative

Équipe de recherche interdisciplinaire

Notre approche

Diminution considérable dans les échecs  
de communication

Solide relation entre la routine  
de changement dans la communication  
et les changements dans les  
pratiques du travail

Attribution améliorée en temps  
opportun de la prophylaxie antibiotique

Résultats couronnés de succès

*Towards safer interprofessional communication: Constructing  
a model of 'utility' from team briefings*  
J InterpCare, 2006

*Evaluation of a team briefing among surgeons,  
nurses, and anesthesiologists to reduce failures in  
communication*  
ArchSurg, 2008

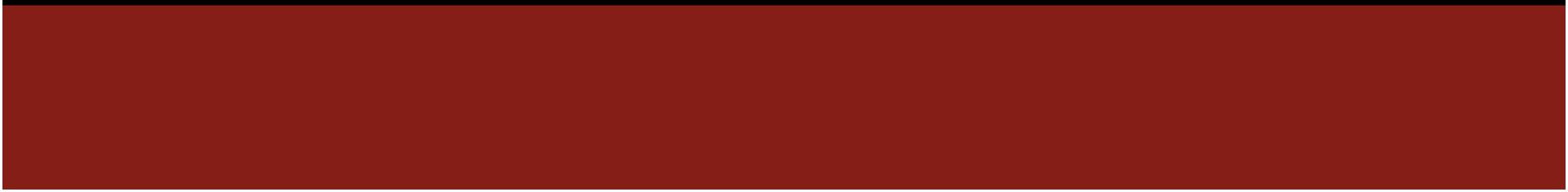
*Evaluation of a preoperative team briefing: Improved  
communication routine results in improved clinical practice.*  
QSHC, In press.

Dans ~10 % des cas,  
le briefing fut inefficace.

Cependant...

Quelques cas problématiques ont eu lieu, par ailleurs, dans des briefings s'avérant positifs.

Réflexion sur 3 effets paradoxaux  
et leur implication dans l'étude sur les  
interventions dans la communication  
d'équipe.



Les briefings d'équipe  
peuvent révéler des divergences.

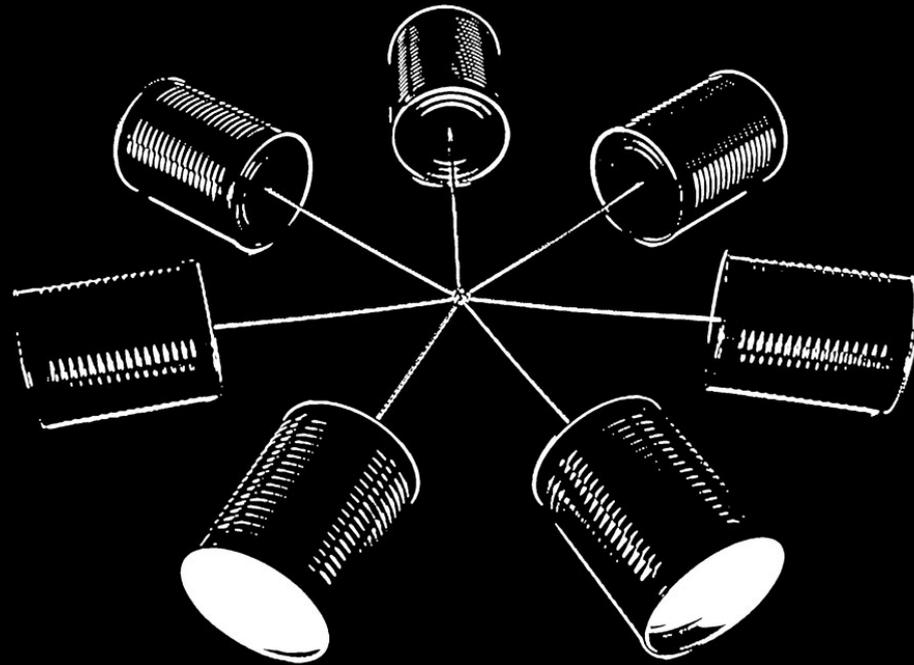


Les briefings d'équipe  
peuvent masquer des lacunes.

Effet paradoxal

Le « fellow » en chirurgie s'était familiarisé avec le dossier du patient sans réaliser qu'il y avait une erreur dans la réservation de la salle d'opération. Le briefing allait de bon train. Lorsque le chirurgien arriva, il entendit la discussion et intervint pour dire que la procédure dont il était question n'était pas la bonne. Le « fellow » en chirurgie dit au groupe "d'oublier tout ce qu'il avait dit" et donna la bonne information quant au positionnement du patient et à l'équipement requis.

(Briefing 208)



Quelque  
chose  
n'est pas toujours mieux  
que **rien.**

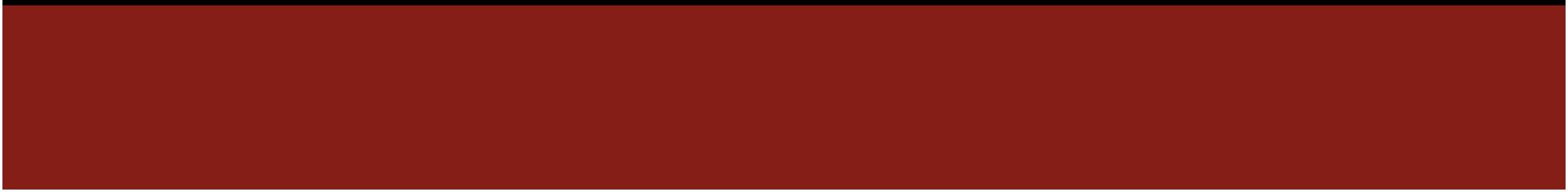
L'incohérence dans le rendement du briefing



Faire le décompte des briefings  
en formulant

« fait » ou « non  
fait » est insuffisant.

Afin d'améliorer la pratique, il faut comprendre  
*ce qui se passe* vraiment dans les briefings.



Les briefings d'équipe peuvent  
diminuer  
les divisions  
entre les professionnels.

Les briefings d'équipe peuvent  
renforcer les  
divisions entre les professionnels.



Effet paradoxal

Ce briefing avait couvert d'importants renseignements à propos des antécédents médicaux du patient et du plan chirurgical. Cependant, S.S. a plutôt donné un monologue et n'a pas invité les autres à contribuer. C.N. et A.S. ont chacun apporté des points au briefing, mais SN (une infirmière débutante) se tenait debout à la table des instruments et a tourné le dos au groupe tout en écoutant.

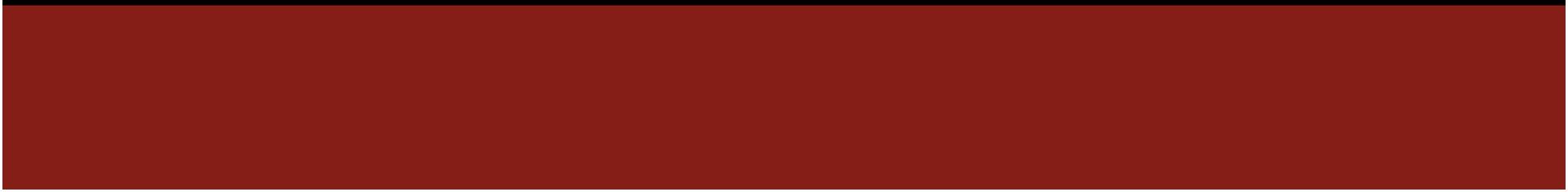
Après le briefing, elle a dit à un collègue que S.S. "ne l'avait pas vraiment incluse" dans la conversation et qu'elle ne voulait pas avoir l'air d'écouter d'une manière indiscrete"...

Le rôle des infirmières, en particulier, pourrait être minimisé.

Les modèles de participation au briefing peuvent à la fois refléter et reproduire des dynamiques de pouvoir.



De tels impacts  
peuvent affecter  
le temps  
d'absorption  
d'information et la  
conformité.



Les briefings d'équipe (LVSC) peuvent  
favoriser une communication  
positive.

Les briefings d'équipe (LVSC) peuvent  
perturber la  
communication positive.



Effet paradoxal

Lorsque le chirurgien entra dans la salle (à ce point les préparatifs allaient de bon train), il se dirigea directement vers les infirmières pour les informer des divers items dont il aurait besoin, et ils leur a demandé si elles avaient « ses pinces chirurgicales », qui avaient d'ailleurs été spécialement demandées dans ce cas. Il a alors regardé la liste de vérification de la sécurité chirurgicale, a convoqué l'équipe et a commencé à diriger un briefing (à l'entrée de la LVSC, présentant le diagnostic du patient et ses antécédents médicaux... »

Après trois demandes spécifiques, il transmet la liste de vérification de la sécurité chirurgicale à une subalterne et lui demanda de prendre la relève, pendant qu'il s'éloigna vers l'ordinateur. La résidente s'exécuta calmement et avec hésitation. L'infirmière arrêta d'examiner le bras du patient afin qu'elle puisse écouter. Lorsque le briefing (entrée de la LVSC) fut terminé le chirurgien rejoignit le groupe, l'observa et dit: « Ok, est-ce que cela s'est bien passé ? » Il alla alors parler à l'anesthésiste à propos du positionnement du bras et l'endroit où le patient allait recevoir ses soins postopératoires et le temps prévu de la durée du séjour.

Une communication « artificielle »  
peut nuire à une discussion  
« authentique ».

Des briefings (les trois étapes)  
de piètre qualité peuvent  
remplacer les pratiques de  
communication positive.

Est-ce juste de qualifier un briefing  
comme un événement de  
communication “positif” dans de  
telles circonstances ?



Mesurer le succès ou la  
défaillance de la  
communication nécessitent  
des outils complexes.

Lorsque nous passons à l'étape de  
la mise en oeuvre,

Jusqu'à quand devons-nous  
échanger la richesse des données  
pour un résumé des données?

Implication



World Health  
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Safe Surgery Saves  
Lives Newsletter  
April 2010

Un hôpital de l'Ontario a partagé un récit avec nous :

*“Nous sommes en train de déployer notre « liste de vérification de la sécurité chirurgicale » dans diverses unités... Nous avons passé un mois en ortho, un mois en gynéco, deux semaines en ORL et nous sommes maintenant rendus en chirurgie générale. Nous avons relevé des défis, malgré le fait d'avoir un groupe de travail formé de champions, comme le veut la culture de notre établissement. Quelques membres du département d'anesthésie ne pensent pas qu'ils devraient être présents lors du briefing. Nous avons rendu obligatoire le fait qu'un nombre minimum d'anesthésistes et d'infirmières soient présents au briefing (section entrée de la LVSC) lorsque le patient arrive dans la salle d'opération avant que l'anesthésie soit administrée.*

# Le défi du silence

Complexité de l'évaluation de la  
communication de l'équipe



La communication d'équipe existe  
en une gamme  
de discussions et de silences.

*Une infirmière de liaison qui est nouvelle dans la salle d'opération et qui prend la relève lorsque quelqu'un est en pause, demande à l'infirmière instrumentiste : "Combien d'ensembles d'éponge aviez-vous ?" (cette dernière parle fort tandis que l'infirmière instruments parle à voix basse). Le chirurgien entend l'échange et demande : "Qu'est-ce qui vous manque ?" Aucune des deux infirmières ne répond à sa question. L'infirmière quitte l'endroit et vérifie quelque chose avec une autre infirmière et revient dans la salle. Le chirurgien répète : "Vous ne répondez pas à la question. Est-ce qu'il vous manque quelque chose ?" Et l'infirmière répond qu'il n'y a pas de problème.*

(Fieldnote 672)

*Le chirurgien s'exprime bruyamment sans regarder personne en particulier: "Nous allons donc donner à ce patient deux doses d'antibiotiques postopératoires." Il n'y a pas de réponse immédiate de quiconque même si l'anesthésiste lève le regard, et semble avoir retenu l'information que le chirurgien avait communiqué, prend une pause de son travail, mais ne répond pas. Quelques minutes plus tard, le médecin résident junior en chirurgie demande : "Qu'avez-vous dit à propos des antibiotiques postopératoires ? Le chirurgien ne répond pas. La question demeure irrésolue.*

Le silence n'est pas une absence de communication

Les silences *communiquent* :  
entente, passivité, résistance, distraction,  
mépris, attente du bon moment...

Le silence peut influencer la sécurité  
de manières positive et négative.

Le silence abonde dans la salle d'opération et peut même être recherché par la suite.

*“Voyons voir si nous pouvons comprendre sans dire un mot, d'accord ?”*

Les outils d'observation structurés ont tendance à diriger notre attention sur la “présence communicative”.

Et détourne notre attention de “l'absence”.  
' (silences communicatifs)

# Le “triage” du silence

On peut souvent reconnaître le silence lorsqu’il est émis dans la conversation.

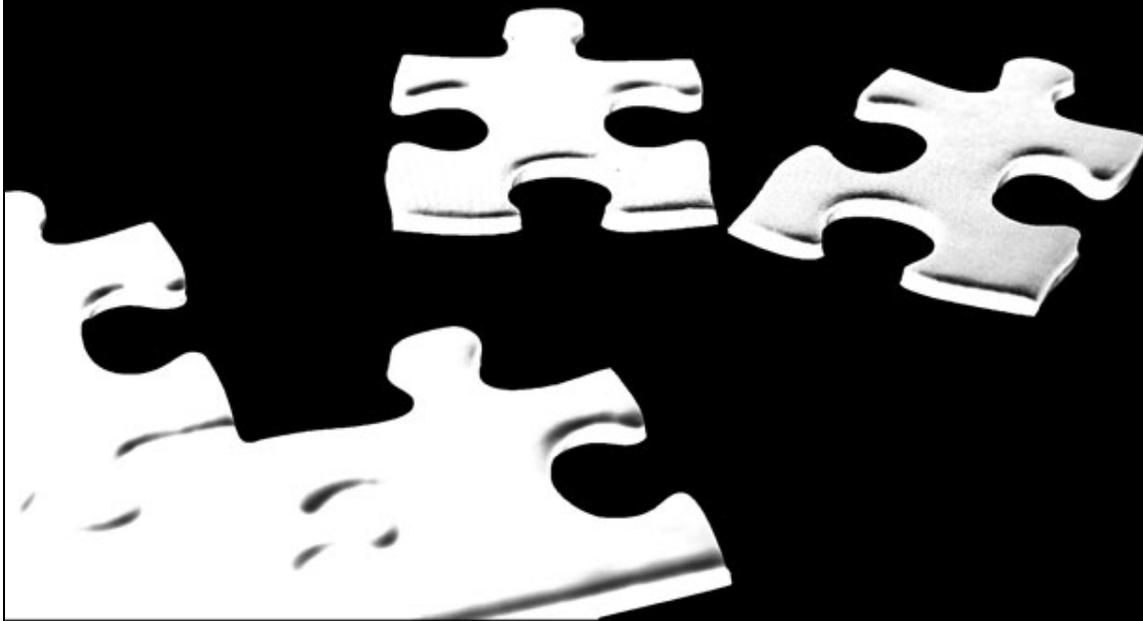
Le silence requiert que les observateurs attribuent des significations basées sur d’autres indices.

Quand le silence est-il une défaillance de la communication ?

Quand ne l’est-il pas ?

*L'infirmière de liaison et l'infirmière instrumentiste font le compte à la fin de la chirurgie. Le résident en chirurgie demande : "Du 4-0 Vicryl , s'il vous plait" en s'adressant à l'infirmière instrumentiste. Cette dernière a le dos tourné au résident et ne lui répond pas immédiatement. Il redemande la même chose mais avec une voix un peu plus forte : "Puis-je avoir 4-0 Vicryl s' il vous plait ?" L'infirmière ne répond toujours pas. Le résident en chirurgie lève un sourcil en direction du résident junior de l'autre côté de la table. Quelques instants plus tard, le compte est terminé. L'infirmière répète : "4-0 Vicryl" , en donnant la suture. Le résident la prend, semble irrité, soupire bruyamment et secoue la tête.*

Silence productif ?  
Silence problématique ?



# Interprétations

Peut-être que la demande avait été ignorée  
parce que l'infirmière était concentrée  
sur le protocole du compte.

# Interprétations

Peut-être que l'infirmière n'avait pas entendu la demande.

Le « pas de réponse » est significatif : elle reflète la priorité de l'infirmière pour le compte et reflète la priorité de hiérarchiser la demande de la suture dans la gestion de ses tâches de gestion.

# Interprétations

Peut-être que le silence de l'infirmière avait  
comme autre raison de retarder  
indirectement la fermeture de l'incision  
jusqu'à temps que le compte soit terminé.

Elle pouvait aussi éviter de formuler  
explicitement : le silence est utilisé comme  
un mécanisme pour éviter les conflits.

“Le silence n’est pas une absence de signification :  
Il peut être voulu et significatif, fonctionnel ou  
dysfonctionnel”. (Glenn 2004)

“Les silences peuvent refléter des conventions  
linguistiques telles que “chacun son tour pour  
parler” ou peuvent être des « actes  
communicatifs .»  
(Saville-Troike 2003)

“Le silence peut révéler des relations de pouvoir  
et des contraintes de communication.”

(Manias & Street '01; Riley & Manias '05; Gillespie et al '07; Bradbury-  
Jones et al '07)



Le silence est significatif.

L'évaluation de la  
communication d'une équipe  
ne peut pas seulement se  
faire cataloguer tel :

Rien

Absence

ou "Fermeture"

Interpréter le silence est une question de pratique aussi bien qu'une question d'évaluation.

*Le chirurgien s'exclama bruyamment sans lever les yeux de son champs chirurgical: "Nous allons avoir besoin, c'est presque certain, d'un sigmoidoscope flexible et du Dr Black [urologue]." L'infirmière de liaison répond, en utilisant le prénom du chirurgien "Quand, Larry?" Ce dernier ne répond pas et continue à travailler. L'infirmière se rend donc à la centrale d'appel pour faire en sorte que l'équipement soit livré à la salle d'opération, après qu'elle eut fait appeler l'urologue sur son téléavertisseur...*

Une situation trop émergeante pour que le  
chirurgien réponde ?

Le chirurgien n'a pas encore répondu au "quand"  
et il répondra lorsqu'il(elle) le pourra.

Peut-être que la question ne mérite pas de  
réponse ?

'Je l'ai demandé maintenant et je le veux  
maintenant!'

L'infirmière déduit la signification du silence  
et agit en conséquence."

Le silence (et les réponses à ce sujet dans  
l'équipe)  
peuvent être à la fois fonctionnel  
et dysfonctionnel.

Le silence peut favoriser la sécurité dans une équipe ou bien la saper.



D'autres études sont nécessaires si nous voulons émettre des jugements judicieux à propos de la communication d'équipe.

Changer les  
pratiques de  
communication  
dans le milieu de  
travail est une  
affaire délicate.



En résumé

# Les effets paradoxaux des interventions

Procure un aperçu important  
sur des facteurs subtiles influençant  
la mise en oeuvre et son adoption.



Une évaluation raffinée doit  
tenir compte



du spectre de  
la parole et du silence.

Operating Grants and  
New Investigator Salary Award from the  
Canadian Institutes of Health Research

BBMO Financial Group Professorship in  
Health Professions Education Research

Remerciements

- Ross Baker
- John Bohnen
- Diane Doran
- Sherry Espin
- Beverley Orser
- Glenn Regehr
- Richard Reznick
- Lorne Rotstein
- Sarah Whyte
- Fauzia Gardezi
- Carrie Cartmill

Remerciements

[lorelei.lingard@schulich.uwo.ca](mailto:lorelei.lingard@schulich.uwo.ca)