

LE CREW RESSOURCE MANAGEMENT SANTE (CRM)

Nathalie Robinson, Cadre IADE - Facilitatrice CRM Santé - Gestionnaire de risques

HISTOIRE VECUE : UNE « OPERATION DE ROUTINE »

Le film reconstituant la prise en charge d'Elaine Bromiley, « Just a routine operation », nous montre qu'une équipe composée de professionnels aguerris se retrouve en grandes difficultés lors d'une situation d'impossibilité de ventiler ou d'intuber. En effet lors de l'induction anesthésique, pour une septoplastie, la mise en place d'un masque laryngé s'avère impossible. L'anesthésie est approfondie et plusieurs tentatives d'introduction de masques laryngés de plusieurs calibres sont faites. Pendant ce temps, l'état clinique de la patiente se détériore par hypoxie. La ventilation au masque est très difficile et la saturation en oxygène reste alarmante. Le médecin anesthésiste tente une intubation et administre un curare pour faciliter le geste. Dix minutes après l'induction, des collègues arrivent en renfort, cependant **aucun professionnel n'exprime oralement la situation clinique**. Ils tentent une laryngoscopie, puis une fibroscopie pour réaliser l'intubation sans succès. Une infirmière a amené le matériel de trachéotomie et annonce la disponibilité du matériel. Toutes les **annonces des professionnels paramédicaux sont ignorées**. Un chirurgien ORL est présent. Trente-cinq minutes après l'induction, il est décidé d'abandonner la procédure chirurgicale et de laisser la patiente se réveiller. La patiente est transportée en salle de surveillance post-interventionnelle **sans que le médecin anesthésiste reste disponible ou briefe l'équipe sur la situation** et les soins requis par la patiente. Malgré plusieurs appels de la SSPI concernant les paramètres très inquiétants de la patiente, l'anesthésiste qui est occupé à réaliser d'autres anesthésies **ne se rend pas disponible pour répondre aux demandes de l'équipe** paramédicale. Le transfert vers une réanimation d'un centre de recours est organisé par un autre médecin. La patiente décède 13 jours plus tard.

Clés pour comprendre

Cette situation illustre que les meilleurs professionnels ne garantissent pas la meilleure équipe et que les compétences non-techniques jouent un rôle fondamental dans nos pratiques. Dans cet exemple les compétences telles que : la **conscience de la situation**, la **communication entre professionnels**, le **travail d'équipe**, la **coopération**, le **leadership**, la **gestion du stress**, l'**assertivité**, la **prise de décision**, l'**effet tunnel** entre autres ont été à l'œuvre sans que les professionnels en aient conscience. Nous

sommes tous formés aux compétences techniques attendues dans chacune de nos professions, mais rarement nous avons été formés aux compétences non techniques, alors que nous travaillons la plupart du temps en équipes interchangeables.

Définition des compétences non techniques

Les compétences non-techniques sont « une **combinaison de savoirs cognitifs, sociaux et personnels qui complètent les compétences techniques** et contribuent à la sécurité et la performance dans l'exécution de la tâche » Rhona Flin safety at the sharp end, a guide to non-technical skills. Vous trouverez dans les Cahiers du Facteur chacune de ces compétences non techniques illustrées de cas concrets et de clés pour comprendre et agir.

Plusieurs catégories princeps de compétences non techniques sont décrites et regroupées en trois registres :

- **registre cognitif** : prise de décision et conscience de la situation
- **registre social** : leadership et travail d'équipe
- **registre personnel** : gestion de la fatigue, gestion du stress, l'assertivité, etc.

Rhona Flin safety at the sharp end, a guide to non-technical skills.

Le CRM comme contre-mesure à l'erreur comporte trois lignes de défense. L'état optimal de la gestion des erreurs (première ligne de défense) est l'évitement des erreurs avant qu'elles ne se produisent. On dit parfois que cela implique un niveau élevé de conscience situationnelle afin que les professionnels puissent prévoir les problèmes et les menaces susceptibles de provoquer des erreurs.

Les erreurs qui ne sont pas évitées doivent être reconnues et « détectées » immédiatement afin qu'il n'y ait pas de conséquences (seconde ligne de défense). Sur de rares occasions, si les erreurs et les menaces ne sont pas détectées, elles peuvent avoir des conséquences et nécessiteront une atténuation. L'atténuation est la dernière ligne de défense et est l'état le moins souhaitable de la gestion des erreurs. On dit qu'une équipe qui doit continuellement détecter et atténuer les erreurs est probablement une équipe qui travaille avec un faible niveau de conscience de la situation (causé par des facteurs tels que la charge de travail élevée pour d'autres tâches, le stress, la fatigue, la lutte ou la fuite, la pression émotionnelle, etc.)

Clés pour agir

Alors comment passer d'une équipe d'experts à une équipe experte ?

En formant les équipes au Crew Resource Management (CRM). Deux moyens possibles sont le **projet PACTE de la HAS** (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) et / ou les **formations en équipe en contexte de simulation**.

Limitier, repérer et prévenir les erreurs sont le but des formations CRM. Elles visent initialement à enseigner « l'utilisation efficace de toutes les ressources disponibles (informations, équipements, personnel) afin de réaliser un soin efficace en toute sécurité »

Dans ce cahier est développée la méthode du CRM Santé mise au point par le Pr René Amalberti et un groupe de travail pour la HAS dans le cadre du projet PACTE.

Une session de CRM Santé a été conçue pour durer environ 4 heures. Un des prérequis est que toute l'équipe participe au CRM, ce qui inclut les paramédicaux, les médicaux, mais aussi par exemple les secrétaires médicales, les brancardiers, etc.

Un facilitateur extérieur à l'équipe va utiliser des cas cliniques (adaptées à l'activité de l'équipe), des films très courts, des ateliers, des quizz, pour amener l'ensemble de l'équipe à **identifier ses forces et ses faiblesses** sur 7 thèmes :

- Mieux communiquer entre professionnels,
- Communication avec le patient (et son entourage),
- Coopération dans l'équipe (qui permet de travailler sur le leadership, le fonctionnement de l'équipe),
- Porter l'alerte,
- Gérer l'urgence et le stress,
- Caractéristiques des organisations hautement fiables.

L'un des temps primordiaux est réalisé lors d'un **atelier nommé « le regard des autres »**. Deux questions sont posées à chaque corps professionnel : qu'attendez-vous des autres métiers dans le groupe ? Que pensez-vous que les autres attendent de vous ? Les représentations des métiers par les uns et les autres montrent combien nous ne connaissons quasiment rien des autres métiers et des ressources que nous pourrions mobiliser même quand elles sont disponibles dans l'équipe.

Au travers des cas cliniques et de l'identification par l'ensemble de l'équipe des compétences à améliorer, les professionnels travaillent ensemble sur les solutions spécifiques (pratico-pratiques puisqu'elles viennent des professionnels concernés) à mettre en place. Le facilitateur peut suggérer des **outils de fiabilisation** encore peu utilisés dans nos équipes et qui ont prouvé leur efficacité en termes de sécurisation des soins, comme par exemple :

- Appliquer la communication structurée lors d'appel téléphonique ou transmissions en employant la méthode **SAED** (Situation, Antécédents, Évaluation et Demande)
- Pratiquer le **briefing et /ou le débriefing**
- Se former au leadership
- Adopter les rencontres sécurité managériales (rencontre de managers issus de la gouvernance et l'équipe du secteur d'activité visité)

Une autre façon de comprendre et agir sur les compétences non techniques réside dans la **simulation à partir d'un retour d'expérience** qui permet d'explorer l'importance du travail en équipe en pratiquant ces concepts pour mieux les comprendre.

Les deux méthodes couplées offrent des avantages synergiques et devraient être proposées régulièrement, à l'instar d'autres organisations qui ont un haut niveau de sécurité (nucléaire, aéronautique, etc.)

"Que faire ?"

Une des meilleures équipes mondiales de recherche sur le travail collectif nous livre sept solutions incontournables à mettre en place en s'inspirant des travaux réalisés dans d'autres environnements professionnels et d'autres temps de crises.

1. **Savoir reconnaître les succès et les bons comportements collectifs**, même ponctuels, à partager par toute l'équipe comme un résultat de son efficacité. Inversement, éviter une communication de la part des managers qui ne serait que sur les manques, les retards, les erreurs, les morts.
2. **S'assurer que tous les membres de l'équipe ont bien le même modèle mental de la situation**, la même représentation sur les rôles de chacun, et les mêmes priorités. On ne cherche pas à ce que tous les membres de l'équipe possèdent exactement la même connaissance et information technique, mais qu'ils partagent au moins une vision globale identique. Les (dé)briefings périodiques et courts sont l'outil de ce partage. Ils doivent préciser l'état des changements, les responsabilités et les expertises de chacun, et rappeler les décisions communes. On doit encourager les gens à poser les questions s'ils ont des doutes.
3. **Ne pas oublier les personnels de soutien**. Les soignants sont souvent fêtés comme des héros, mais les personnels de soutien (brancardiers, ...) sont souvent effacés, bien qu'indispensables au résultat. Il faut que les soignants les félicitent et les 'fassent exister', sans quoi il a un vrai risque de coupure dans les équipes.
4. **Promouvoir une culture de contrôle mutuel** particulièrement importante dans un temps de crise, où les risques liés aux initiatives individuelles et aux erreurs sont plus nombreux. Cette attitude doit être rappelée dans tous les (dé)briefings et doit se réaliser dans un climat d'acceptation mutuelle, où tout membre de l'équipe est invité à alerter son voisin, même hiérarchiquement supérieur.
5. **Prendre des actions qui construisent et soutiennent la sécurité psychologique** : admettre ses erreurs, admettre qu'on est perdu, qu'on ne sait pas faire, sans risquer d'être sanctionné, jugé, rejeté par ses pairs et /ou l'institution. Les recherches montrent que c'est même un des meilleurs prédicteurs d'un bon fonctionnement d'équipe.
6. **Créer un climat favorable pour les membres de l'équipe**, propice à verbaliser les soucis de leur situation privée, leurs angoisses sur la maladie, sur leurs proches, sur leur risque de contaminer, et même sur les questions financières, ou autres. Surtout éviter les fausses réassurances et une pudeur mal placée qui refuserait l'écoute et isolerait encore plus les gens.

7. **Construire la résilience collective** par l'anticipation et la préparation collective, et l'échange sur les risques réels à affronter, sans les grossir, mais en affrontant avec réalisme.

"Ce que moi, mon équipe ou mon organisation, avons mis en place : des accréditations en équipes ou des formations CRM Santé en intégrant le projet PACTE de la HAS ou un projet régional porté par la structure régionale d'appui (SRA) de ma région comme le projet ECoSS (Equipe Communication Sécurité des Soins) du CCECQA en Nouvelle-Aquitaine".

Le projet ECoSS par exemple comprend 3 phases principales :

- La réalisation du **diagnostic d'équipe**, par la **mesure de la culture de sécurité** et le CRM santé ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un **plan d'action** ;
- L'**évaluation** de l'implémentation des actions et de la satisfaction des professionnels.

Pistes pour aller plus loin

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852565/fr/essentiels-de-pacte

<https://www.youtube.com/watch?v=QS7gbeVnRzc> just a routine operation

Haller G., Garnerin P., Morales MA, Pfister M., Irion O., Clergue F., Kern C. Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting Int. Journal for Quality in Health Care 2008 Volume20, Issue4

Flin R, O'Connor P, Crichton M (2008) Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. Aldershot, UK: Ashgate.

Salas E., DiazGranados D., Klein C., Burke C., Stagl K., Goodwin G., Halpin S., Does team Training Improve Team Performance ? A meta-analysis, Human factors, 2008, 50, 903

Tannenbaum SI, Traylor AM, Thomas EJ, et al. Managing teamwork in the face of pandemic : evidence-based tips
BMJ Qual Saf 2021;30:59–63

Mots clés pour vos explorations

- Mots clés de la fiche : Crew Ressource Management – Leadership – coopération - Synergie -communication - Conscience partagée de la situation- Gestion de l'alerte, de l'urgence, du stress - Simulation

Synthèse

La formation au CRM permet d'améliorer la sécurité des soins en développant chez les soignants et dans les organisations, au

- **niveau individuel** : à avoir conscience de ses limites (stress, fatigue) et des ressources mobilisables dans l'équipe
- **niveau collectif** : à apprendre à travailler ensemble en connaissant ce que je peux attendre de l'autre et ce qu'il attend de moi.
- **niveau organisationnel** : à développer des formations de type CRM en simulation en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Martin Bromiley, le mari de la patiente du film « just a routine operation », est pilote de ligne au Royaume Uni.

Il constate, après le décès de sa femme, que les professionnels de santé n'avaient pas de formation CRM et il va œuvrer pour que ces formations au CRM et plus largement aux compétences non techniques soient intégrées en formation initiale et continue pour l'ensemble des soignants. Depuis, la sécurisation des soins est améliorée au Royaume-Uni grâce à ces formations, à l'instar des progrès réalisés dans l'aéronautique.

Il a créé le Clinical Human Factors Group à la suite de cet événement pour mobiliser les professionnels de santé sur l'importance des compétences non-techniques.

Un des objectifs de l'association Facteurs Humains en santé est de mobiliser les professionnels de santé sur le développement des compétences non techniques en France.