

COMMUNICATION EN ANESTHESIE-REANIMATION ET MEDECINE PERI-OPERATOIRE

...Mieux communiquer pour mieux soigner

Dr Elodie BRUNEL

Anesthésiste-réanimatrice

Tolosiade – 19/11/22



MIEUX SOIGNER?

HUMANITE, QUALITE ET SECURITE

Les bases de la
COMMUNICATION /
PRENDRE SOIN

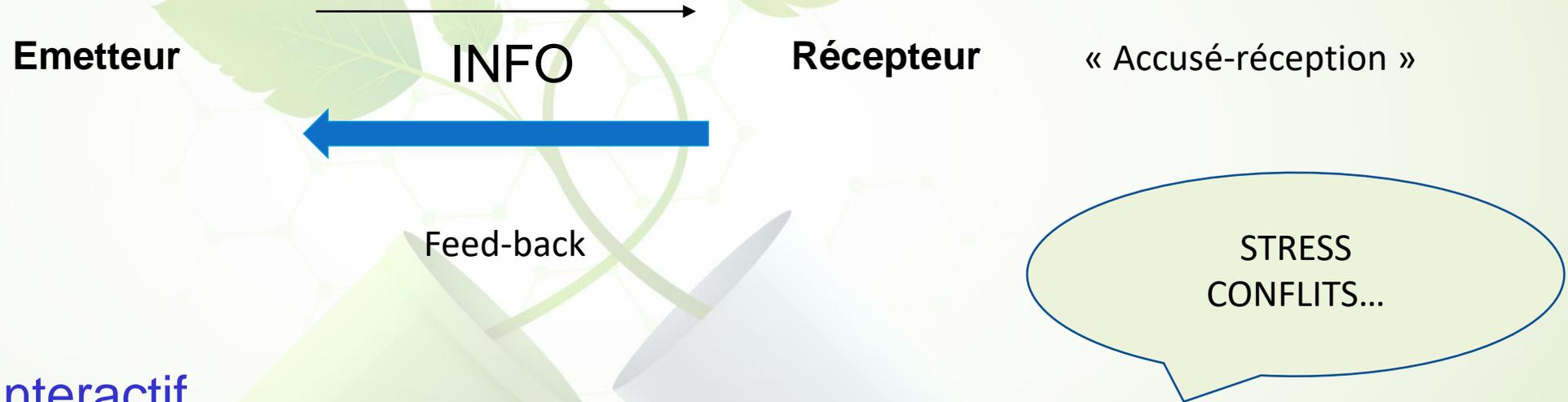
EN SITUATION DE
CRISE et AU
QUOTIDIEN

LES TRANSMISSIONS

APPRENTISSAGE

« SECURITE »

LES BASES DE LA COMMUNICATIONS et du PRENDRE SOIN (1)



Processus interactif

- Albric. Variables : psychologiques, cognitives et sociales. 1996
- M. Ruszniewski. Face à la maladie grave. 1999

LES BASES DE LA COMMUNICATIONS et du PRENDRE SOIN (2)

- **Se présenter**, gérer l'espace, travailler son paraverbal/non verbal
- Analyser les retours verbaux et non-verbaux
- Démarche proactive ... Ne pas communiquer, c'est communiquer !
- Une communication efficace peut prévenir des crises là où une mauvaise communication peut aggraver la situation

LES BASES DE LA COMMUNICATIONS et du PRENDRE SOIN (3)

« NI HERRISSON, NI PAILLASSON »



ASSERTIVITE (Salter)

« la capacité à s'exprimer et à défendre ses droits sans empiéter sur ceux des autres ».

Une forme d'affirmation de soi dans le respect de l'autre.

COMMUNICATION NON VIOLENTE

- Toute situation doit pouvoir être **observée** sans juger les autres,
- Chacun doit apprendre à exprimer son propre **ressenti**,
- A exprimer ses **besoins**,
- A formuler ce qu'il **attend** de l'autre.

COMMUNICATION POSITIVE

« Ne criez pas » -> « Parlez doucement »

...**et son pendant** : « Ce n'est pas très agréable »

« On n'est pas obligé de trouver une solution tout de suite »

QUALITE et SECURITE



Évènements indésirables et problèmes de communication en périopératoire

Undesirable events during the perioperative period and communication deficiencies

G. Haller*, T. Laroche, F. Clergue

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30 (2011) 923–929

Des études réalisées dans le d patients
chirurgicaux ont montré qu'env 21 - 65 %
indésirables survenant en salle d'opéra le reste de la
période périopératoire étaient associés à des problèmes de
communication

EN SITUATION DE CRISE

“PNC, assis, attachés, turbulences”



EN SITUATION DE CRISE et AU QUOTIDIEN

Un leader...un coordonnateur et décisionnaire

Economie de mot ... précision

Voix distincte... le paraverbal

Accusé réception

“Un homme/une femme ... une action” - “X fais “ci”, Y fais “çà”...

Check-list – To do list –Aides-cognitives - Standardisation



1) UN LEADER...UN COORDONNATEUR et DECISIONNAIRE



« My aircraft »
« Your aircraft »



Prise de parole

« SPEAK UP »

1') UN LEADER...UN COORDONNATEUR et DECISIONNAIRE

Partage d'information et verbalisation du diagnostic

Outil **SNAPPI**

S (stop) : s'arrêter et attirer l'attention de l'équipe

N (Notify) : aviser l'équipe du problème

A (assessment) : fournir son évaluation de la situation

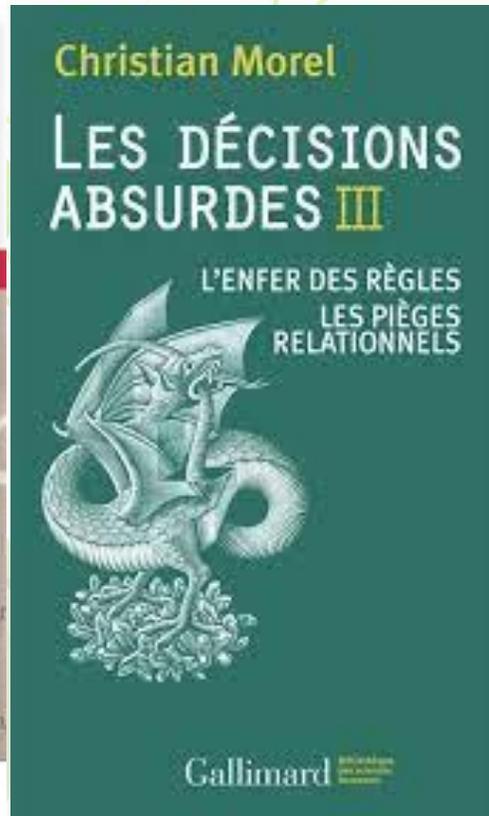
P (plan) : planifier un plan de traitement

P (prioritise) : prioriser et ordonner les tâches

I (invite ideas) : inviter l'équipe à apporter ces idées

+/- Penser à voix haute

(PRISE DE DECISION)



DEFIS - PIEGES - PISTES ; <https://www.patricklagadec.net/>

2) ECONOMIE DE MOT ET PRÉCISION

Eviter la méthonymie

« La ~~chambre~~ 14 »

« L'~~appendicite~~ »

« Mme D ...Lucie qui a une
appendicite, chambre 14 »

Verbe / action précis(e)

« ~~Fais~~ »

« Prépare »

« Injecte »

Un nombre – une unité

« ~~Fais en 5~~ »

mg? ml?

Eviter les acronymes

J. Cros, Mieux communiquer entre soignants : un enjeux majeur de sécurité. Arnette, 2018

3) UNE VOIX DISTINCTE.... UN PARA VERBAL **CONGRUENT**

« C'est Denis, **venez vite**, M. Dut...Jacques est en arrêt cardiaque bloc 3 »

Ton ... Emotion ... Intention

4) LA BOUCLE FERMÉE / ACCUSER-RECEPTION

- Sécuriser la communication
- Diriger l'appel (regard, prénom/nom, contact physique, rôle)
- Collationnement... « OK »

5) REPARTITION DES TACHES et IDENTIFICATION FACILITÉ



#TheatreCapChallenge,
Rob Hacquett. 2017





6) CHECK-LIST



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

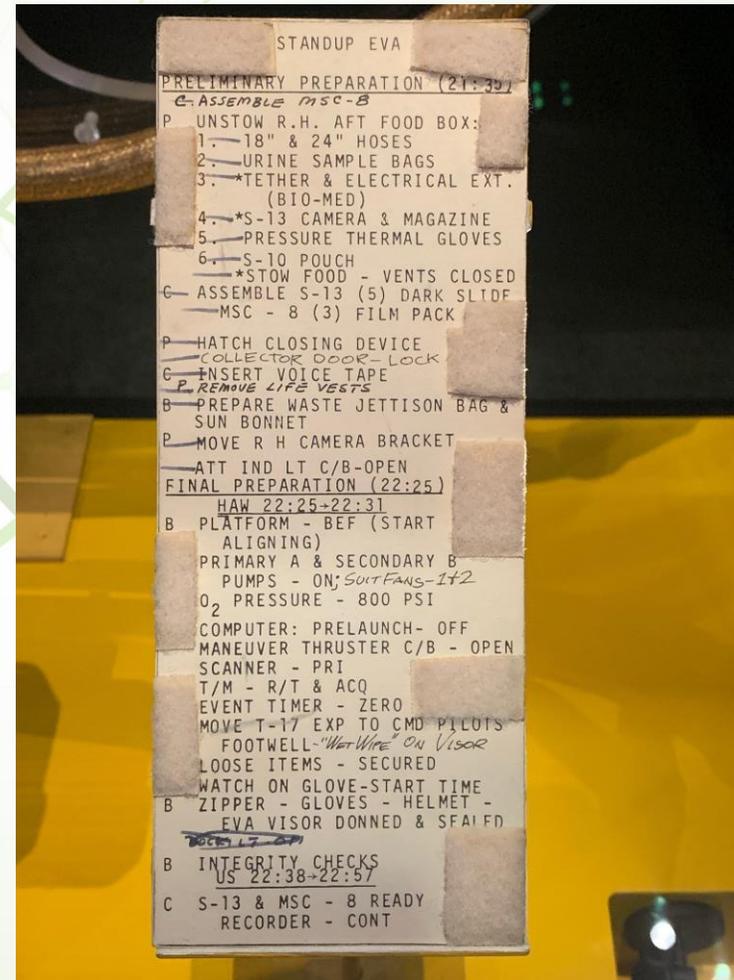
SPECIAL ARTICLE

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

RESULTS

The rate of death was 1.5% before the checklist was introduced and declined to 0.8% afterward ($P=0.003$). Inpatient complications occurred in 11.0% of patients at baseline and in 7.0% after introduction of the checklist ($P<0.001$).

N ENGL J MED 360:5 NEJM.ORG JANUARY 29, 2009



Mission spatiale Gemini X, 1966



6') AIDE COGNITIVE – TO DO LIST



CHOC ANAPHYLACTIQUE AU BLOC OPERATOIRE

Grades ≥ II

CONFIRMER

- Hypotension, Chute de la capnie
- Tachycardie
- Bronchospasme
- Rash retardé, Angio-œdème
(œdème laryngé, confusion avec œdème angioneurotique)
- ACR: cf. Aide Cognitive ACR

ELIMINER

- Embolie pulmonaire, amniotique
- IDM
- Pneumothorax, Obstruction trachéo-bronchique
- Surdosage en anesthésiques
- Hémorragie

INTERROMPRE l'administration du produit suspecté
APPEL À L'AIDE
STOP Chirurgie

TRAITER

- CONTRÔLE DES VOIES AERIENNES, OXYGENE PUR, VVP de bon calibre, TRENDELENBOURG
- REMPLISSAGE VASCULAIRE RAPIDE : cristalloïdes 500 ml si grade 2 et 1000 ml si grade 3, à renouveler 1 fois si besoin
- ADRENALINE IVD (ampoule de 1 mg diluée dans 10 ml = 100 µg/ml pour PAM ≥ 60 mmHg)**
 - Grade II : 20 µg puis 50 µg toutes les 2 min (attention double dilution de l'adrénaline dans ce cas)
 - Grade III : titration de 100 µg à 200 µg toutes les 1 à 2 min
 - Grade IV : boli d'adrénaline de 1 mg, cf. AC ACR
- EN CAS D'INEFFICACITE APRES 10 MINUTES
 - Doubler les Boli d'**ADRENALINE: 2 mg**
 - Adrénaline IVSE à débiter à 200 µg/h dès 3 boli IV administrés
 - **Noradrénaline** IVSE à débiter à 300 µg à 1 mg/h après 3 boli d'adrénaline
 - **Glucagon** 1 à 2 mg IVDL toutes les 5 min (si patient sous B-bloquant)
 - Poursuivre remplissage cristalloïde jusqu'à 30 ml/kg
 - Considérer monitoring non invasif de la volémie et /ou échographie cardiaque selon terrain
 - Discuter : **Vasopressine** 2 à 10 UI IVD puis poursuivre si besoin par perfusion de 2 UI/h
- EN CAS DE BRONCHOSPASME
 - Après correction de l'hypotension artérielle (le salbutamol pouvant la majorer)
 - Salbutamol en nébulisation (spray peu efficace dans la sonde d'intubation)
 - Salbutamol IVD : 100 µg à 200 µg (ampoule de 0,5 mg diluée dans 10 ml = 50 µg/ml), relais IVSE : 300 µg à 1,5 mg/h
- Prélèvements sanguins dès que possible
- Hémissuccinate d'hydrocortisone 200 mg IVDL (dose unique)
- En cas d'arrêt cardiaque réfractaire : envisager une assistance cardio-circulatoire ECLS/ECMO: (tél.....)

FEMME ENCEINTE : discuter extraction fœtale immédiate si > 20 SA

- Décubitus latéral gauche
- Remplissage idem
- Adrénaline idem
- ACR : cf. AC ACR de la femme enceinte

Dosages	Tubes	<30min	1 à 2h	>24h
Histamine	EDTA	+	(+)	-
Tryptase	sec	+	+	+
IgE anti-AQ	sec	+	(+)	(+)

+ : recommandé ; (+) : si non réalisé au moment de la réaction.

Références : Outil SFAR. Prise en charge du choc anaphylactique. https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/07/Choc_Anaphylactique_SFAR_2010.pdf
 RFE SFAR 2011, Prévention du risque anaphylactique per-anesthésique https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Prevention-du-risque-allergique-peranesthesique.pdf
 Management of suspected immediate perioperative allergic reactions: an international overview and consensus recommendations. BJA2019;123(1):e50.

Réalisée en 2016 et mise à jour en 2022 par le CAMR

LES TRANSMISSIONS (1)

- Transfert d'informations et des responsabilités « de tout ou partie des soins d'un ou plusieurs patients à autre personne... » (Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, 2011).
- Zones de fragilité (risque d'erreur) et de force (continuité des soins de qualité et sécurisée)

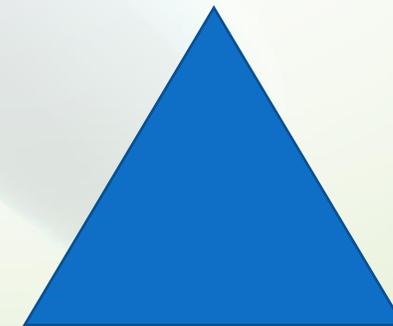


- Le triangle des « qui »



Le patient (nom, pathologie, localisation)

L'appelant (nom et fonction)



Le patient (nom, fonction)

LES TRANSMISSIONS (2)

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Situation
Background
Assessment
Recommendation

S

Je décris la **Situation** actuelle concernant le patient :

Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité
Je vous appelle au sujet de : M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité
Car actuellement il présente : motif de l'appel
Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.

A

J'indique les **antécédents** :

Le patient a été admis
Ses antécédents
Il a eu pu
Les traitements
radio, etc.
La situation
La situation

E

Je donne mon **évaluation** :

Je pense que le patient
J'ai fait : donné
Je ne suis pas sûr
patient s'aggrave
Je ne sais pas ce qu'il

D

Je formule ma **déclaration** (recommandation, décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...
par exemple :
Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ?
ET
Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quand ?

Temporaliser
Instabilité?

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

LES TRANSMISSIONS (3)

Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program

A.J. Starmer, N.D. Spector, R. Srivastava, D.C. West, G. Rosenbluth, A.D. Allen, E.L. Noble, L.L. Tse, A.K. Dalal, C.A. Keohane, S.R. Lipsitz, J.M. Rothschild, M.F. Wien, C.S. Yoon, K.R. Zigmont, K.M. Wilson, J.K. O'Toole, L.G. Solan, M. Aylor, Z. Bismilla, M. Coffey, S. Mahant, R.L. Blankenburg, L.A. Destino, J.L. Everhart, S.J. Patel, J.F. Bale, Jr., J.B. Spackman, A.T. Stevenson, S. Calaman, F.S. Cole, D.F. Balmer, J.H. Hepps, J.O. Lopreiato, C.E. Yu, T.C. Sectish, and C.P. Landrigan, for the I-PASS Study Group*

STANDARDISATION

- 10740 admissions, 9 centres, Avant-Après
- Erreurs médicales (24,5% vs 18,8%, $P < 0,001$)
- EI évitables (4,7% vs 3,3%, $P < 0,001$)
- EI non évitables ((3,0% vs 2,8%, $P = 0,79$)

Starmer AJ et al. NEJM 2014;371(19):1803-12.

LES TRANSMISSIONS (4)

S	Situation : femme 35 ans, chir de ...
S	Sévérité : ID, Saignement...
P	Particularité : IOT/ML, C ⁺ /C ⁻ , DV...
I	i'a KA : bilan, antalgiques, drain...

A VALIDER... 

APPRENTISSAGE

La simulation



La machine de
Mme du Coudray
(XVIIIème)

Procédurale

Le briefing

Que va-t-on faire?
De quelle manière?
Quel sera le rôle de chacun?

Scénarii « Communication – annonce »

Scénarii « Situation de crise »

Scénarii « Quotidien »

SECURITE x 3



Speaking up / Alerte

Non punition de l'erreur

- APPRENANT
- PROFESSIONNEL
- PATIENT

CONCLUSION : UNE COMPÉTENCE NON TECHNIQUE

« *anesthetist non technical skills* » (ANTS)

Gestion du stress –
de la fatigue

Leadership

Prise de décision

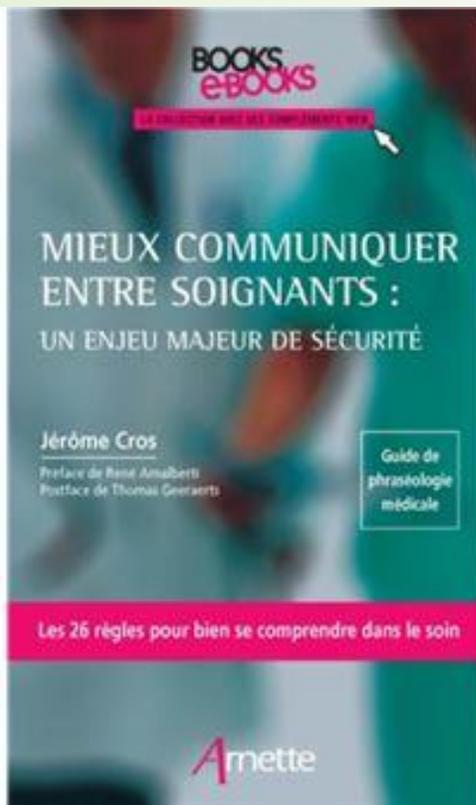
Communication

Gestion du conflit

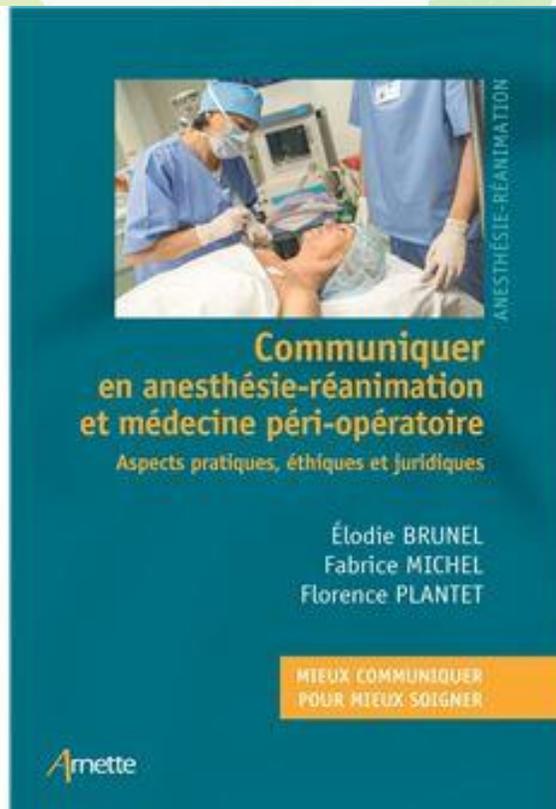
Travail en équipe

Conscience de la situation

POUR ALLER PLUS LOIN....



TOME 2
L'art de
coopérer



<https://facteurshumainsensante.org/> ... bientôt un livre...