

## SBAR : une méthode de communication infirmière-médecin qui sauve des vies !

*Miguel Lardennois, inf.  
Expert en stratégie des professions de santé  
SPF Santé Publique*

### Pourquoi appliquer une méthode ?

- Ils pourraient tout de même nous écouter un peu !
- Ne pourraient-ils pas faire un effort ?
- J'ai beau lui expliquer, il ne comprend rien à rien !
- Mais nous lui avons pourtant déjà dit ça hier...
- Si seulement il m'avait écouté, le patient n'en serait pas là...
- Et pourtant il connaissait bien la situation du patient !
- Pourquoi est-ce qu'il ne m'a pas pris au sérieux ?
- J'avais bien dit que c'était ça qu'il fallait faire !  
Maintenant, c'est trop tard...

## Pourquoi appliquer une méthode ?

- 70 à 80% des erreurs médicales sont le fruit d'une faille dans la communication interprofessionnelle
- 50 à 63% des événements sentinelles identifiés par les infirmiers disparaissent dans le processus de communication entre infirmiers ou avec les médecins
- Les informations les moins bien communiquées (pas, mal, pas au bon moment) sont celles relatives aux problèmes cardiaques, à la douleur et à la souffrance (patient-famille)
- La plupart (80%) des plaintes des patients/familles pour "mauvaise pratique" concernent la communication entre professionnels.

## Comment améliorer la situation ?

1. Éliminer les médecins
2. Remplacer les médecins par des autres professionnels (des infirmières ?)
3. Leur dire qu'ils devraient/doivent mieux écouter et comprendre les infirmières
4. Essayer de comprendre pourquoi ils "n'entendent pas"
5. Essayer de comprendre la plus value que peut leur apporter la "parole" de l'infirmière
6. Combiner les résultats de 4 et 5 pour forcer une communication efficace quand c'est le plus utile !

## Qu'est-ce que le médecin entend ?

- Le médecin a du étudier par cœur pendant des années des listes de données/connaissances
- Le médecin est plus stimulé à lire (écrire) des articles scientifiques (introduction/background-method-results-discussion-conclusion)
- Il utilise souvent mentalement des check-list de type "faits-hypothèse de diagnostic-traitement potentiel"
- Le médecin est donc formaté pour entendre/trier les informations selon ces schémas.

## Qu'est-ce qu'une infirmière dit ?

- L'infirmière a été formée à faire des liens entre l'ensemble des informations concernant le patient (vision holistique) et à poser des hypothèses – çàd à identifier ses problèmes potentiels (p.ex. le traitement qu'il prend et l'impact sur sa vie privée)
- L'infirmière est le professionnel qui a le plus de contacts avec le patient
- L'infirmière accorde donc de l'importance à de nombreux détails
- L'infirmière est moins stimulée à lire des articles scientifiques (introduction/background-method-results-discussion-conclusion)
- Chez nous, les infirmières qui utilisent mentalement le format "données-actions-résultats" ne sont pas encore majoritaires (formation post-année 95)
- La forme narrative est donc encore utilisée par beaucoup d'infirmières pour communiquer (e.a. entre elles).

## Qu'est-ce qui est attendu d'eux ?

- La société attend du médecin :
  - Qu'il pose un diagnostic
  - Qu'il prescrive le bon traitement
- La société attend de l'infirmière :
  - Qu'elle prenne soin du patient, qu'elle « s'en occupe »
  - Qu'elle garantisse la sécurité du patient (e.a. détection de problèmes)
- L'infirmière attend du médecin :
  - Qu'il la conforte dans ses envies d'action
  - Qu'il décide/prescrive certaines actions/traitements
- Le médecin attend de l'infirmière :
  - Une information claire, fiable, structurée
  - L'exécution de certaines actions/traitements.



- Situation/identification – antécédents/problèmes pertinents – évaluation – recommandation
- Technique de communication développée par l'US Navy suite à un accident de sous-marin nucléaire dû à des problèmes de communication
- Utilisée depuis les années 90 dans des hôpitaux (militaires) américains pour standardiser les communications
- Validée par université de Toronto comme "sauveur de vie" quand utilisé par infirmière vers médecin.

## SBAR : Objectifs initiaux

- Standardisation de la communication entre pro's
- Structurer les informations pour aller à l'essentiel
- Attirer l'attention sur les données vitales
- Formater l'information à "l'oreille" médicale
- Utiliser les capacités d'analyse du médecin
- Utiliser la sensibilité "aux détails" de l'infirmière
- Stimuler une communication infirmière plus efficace
- Utiliser l'un et l'autre dans les rôles qu'ils font (souvent) le mieux...

- S** • Situation/identification : Qui je suis ? Qui est le patient ? Qu'est-ce qui se passe ?
- B** • Background/diagnostics/problèmes : Quelles sont les circonstances qui illustrent/exploquent au mieux la situation ?
- A** • Assessment/Evaluation : Qu'est-ce que je pense de la situation ?
- R** • Recommandation : Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour arranger ce problème ?

## Un exemple

*Dr. Jean, ici Miguel Lardennois, infirmier, je vous appelle de l'unité 41 de St Luc à Bouge à propos de votre patiente Jeanne Vandaele.*

- ( Situation )

*La situation est la suivante : Mme Vandaele a une dyspnée croissante accompagnée de douleurs thoraciques.*

- ( Background )

*Les informations les plus importantes sont : elle a été opérée d'une prothèse totale de genoux il y a 2 jours. Ce n'est que depuis 2 heures qu'elle a commencé à se plaindre de douleur dans la poitrine. Ses pulsations sont à 120 et sa tension est à 128/54. Elle est agitée et à court d'haleine.*

- ( Assessment )

*Mon évaluation de la situation me fait penser à un problème cardiaque ou à une embolie pulmonaire.*

- ( Recommendation )

*Je vous recommande de venir la voir immédiatement. Je lui ai déjà mis de l'oxygène. Est-ce que vous êtes d'accord ? Est-ce que vous venez tout de suite ?*

## Recommandations (1) (mise en place)

- Implémenter l'outil dans au moins une unité de soins
- Avoir déterminé à l'avance dans l'institution/le service la chaîne d'appel du médecin (quels numéros, dans quel ordre)
- Lors de l'appel, respecter la chaîne, ne pas passer plus de 5 minutes par étape de la chaîne
- Si vous avez l'impression que la vie du patient est en danger, appelez directement le service adéquat (réa).

## Recommandations (2) (appelant)

- Avant d'appeler le médecin, se poser les questions suivantes :
  - Ais-je vu le patient moi-même ?
  - La situation n'est-elle pas déjà prévue ?
  - Qui dois-je appeler dans quel ordre ?
  - Quel est le motif/diagnostic et la date d'admission ?
  - Ais-je lu la dernière note du médecin et/ou de l'infirmière qui m'a précédée ?
  - Est-ce que j'ai à portée de mains : dossier du patient, traitement en cours, signes vitaux récents ? **Bad/good**

## J'appelle le médecin (1)

### **(S) Situation: Pourquoi j'appelle ?**

- S'identifier, identifier lieu (unité, hôpital, MRS, chambre), identifier le patient
- Décrire brièvement le problème : quoi, quand (cela a commencé), gravité

### **(B) Background: Circonstances pertinentes qui pourraient être liées à la situation :** (qui en général aident le médecin)

- Le diagnostic et la date d'admission
- Les (certains) traitements (+ allergies éventuelles)
- Les paramètres vitaux les plus récents
- Des résultats récents de labo
- D'autres informations cliniques
- L'origine du patient (vient de salle d'op, d'être admis, des SI,...).

## J'appelle le médecin (2)

**(A) Assessment: Quelle est mon évaluation/interprétation infirmière de la situation ?**

- Hypothèses, problèmes potentiels ou réels à traiter en collaboration

**(R) Recommendation: Qu'est-ce que je voudrais qu'il fasse ? Moi infirmière qu'est-ce que je recommanderais ?**

- Exemples :
  - Je vous informe que *telle* initiative a déjà été prise, je voudrais votre avis
  - Vous devriez voir ce patient
  - Il faudrait peut-être changer/commencer ce traitement.

## Recommandations (3) (après)

- Ecrire au dossier :
  - la date et l'heure de l'appel
  - toutes les informations communiquées
  - les réponses du médecin
- Appliquer les prescriptions du médecin
- Continuer à surveiller le patient
- Noter au dossier l'évolution du patient
- Rappeler le médecin si nécessaire.

## Un dernier mot avant de le tester

- La méthode SBAR sauve des vies
  - dans les situations où le patient se détériore
  - quand l'infirmière est seule et appelle le médecin
- Mais la méthode SBAR peut aussi, tout simplement, améliorer la communication :
  - Infirmière – infirmière
  - Infirmière – médecin (en dehors des cas vitaux)
  - Médecin – médecin
  - Entre tous les professionnels !
- → à utiliser sans modération !!!

## Bibliographie (1)

- Spath PL (ed). Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety. San Francisco, California, USA: Jossey-Bass; 2000.
- Wiener EL, Kanki BG, Helmreich RL. Cockpit Resource Management. San Diego, California, USA: Harcourt Brace; 1993.
- Cook RI, Woods DD. Adapting to new technology in the operating room. Human Factors. 1996;38(4):593-613.
- de Leval MR. Human factors and surgical outcomes: A Cartesian dream. Lancet. 1997;349(9053):723-725.
- de Leval MR, Carthey J, Wright DJ, Farewell VT, Reason JT. Human factors and cardiac surgery: A multicenter study. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2000;119(4 Pt 1):661-672.
- Frank JR, Langer B. Collaboration, communication, management, and advocacy: Teaching surgeons new skills through the CanMEDS Project. World Journal of Surgery. 2003;27(8):972-978.
- Helmreich RL, Merritt AC. Culture at Work in Aviation and Medicine: National, Organizational and Professional Influences. Aldershot, Great Britain: Ashgate, 2001.

## Bibliographie (2)

- Helmreich RL. On error management: Lessons from aviation. *British Medical Journal*. 2000;320(7237):781-785.
- Kosnik LK. The new paradigm of crew resource management: Just what is needed to re-engage the stalled collaborative movement? *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 2002;28(5):235-241.
- Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Annals of Emergency Medicine*. 1999;34(3):373-383.
- Sherwood G, Thomas E, Bennett DS, Lewis P. A teamwork model to promote patient safety in critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2002;14(4):333-340.
- Woods DD, Cook RI, Billings CE. The impact of technology on physician cognition and performance. *Journal of Clinical Monitoring*. 1995;11(1):5-8.
- Young GJ, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Henderson W, Khuri SF. Best practices for managing surgical services: The role of coordination. *Health Care Management Review*. 1997;22(4):72-81.