

# LES COMPÉTENCES NON TECHNIQUES : POURQUOI S'Y INTÉRESSE-T-ON ?

**François Lecomte**

Service d'Accueil des Urgences-SMUR, Hôpital Cochin-Hôtel Dieu, 27 rue du Faubourg Saint Jacques, 75014, Paris. E-mail : francois.lecomte@cch.aphp.fr

## INTRODUCTION

Actuellement, lors de la prise en charge d'un patient, les membres d'une équipe appliquent les connaissances apprises dans les universités ou instituts de formation en tentant, au mieux de s'adapter à différentes contraintes : l'organisation locale, la disponibilité des ressources humaines ou matérielles, le caractère de chacun etc...

En effet, jusqu'à présent, la formation délivrée était principalement axée sur les individus : savoir théorique, savoir procédural et savoir technique individuel.

Depuis quelques années, on parle de plus en plus de Compétences Non Techniques (CNT). Ce terme, dont la définition n'est pas toujours très claire dans l'esprit de tous est pourtant parfois cité pour tenter d'optimiser le travail d'équipe, par exemple, ou encore lors de la recherche de facteurs favorisant une prise en charge inadéquate d'un patient.

Les objectifs de cette présentation sont donc de définir les CNT, de comprendre leur importance notamment dans les erreurs médicales, de préciser leurs modalités d'apprentissage en formation initiale et dans le Développement Professionnel Continu.

## 1. PLACE DES CNT DANS LES ERREURS MÉDICALES

### 1.1. GENÈSE DES ERREURS MÉDICALES

En 2004 est paru en France le rapport ENEIS : événements indésirables liés aux soins en établissements de santé [1].

Ce rapport avançait que :

- La plupart des défaillances observées lors d'événements indésirables résultait d'erreurs humaines.
- L'organisation du travail (clinique, hôpital, bloc opératoire...) prédisposait à la survenue de ces erreurs.
- Ces erreurs étaient rarement le fait de défaillances individuelles isolées mais plus fréquemment de défaillances d'équipes.

Ces défaillances d'équipe pouvant être des défauts de communication ou de collaboration, des défauts de management mais aussi une absence de protocoles, de planification des tâches, de coordination entre les services, et un défaut de capacité d'adaptation à une situation imprévue.

Aux Etats-Unis, le rapport de novembre 2009 consacré aux erreurs médicales [2] fait par l'institut américain de Médecine met en avant la mauvaise qualité du système médical et propose donc de faire de la sécurité médicale une priorité ainsi que de modifier la formation des médecins, notamment par le développement de la simulation.

## **1.2. JUDICIARISATION DE LA MÉDECINE, CONSÉQUENCES**

Parallèlement, tous les acteurs de santé sont de plus en plus confrontés à la judiciarisation de la médecine. Même si ce niveau n'a pas atteint celui d'outre-Atlantique, des contacts fréquents entre acteurs de santé et juristes permettent de sensibiliser les praticiens aux délibérations des différents procès mettant souvent en avant la nécessité de :

- Communiquer avec les patients, leur expliquer le bénéfice/risque des gestes pratiqués.
- Assurer la traçabilité des conseils donnés, actes réalisés (appel de médecin, prise de constantes, etc...).
- Savoir communiquer en cas d'incident, savoir annoncer une mauvaise nouvelle, dialoguer, savoir rédiger une chronologie précise des événements.
- Ne pas hésiter à prendre des conseils juridiques en cas de doute.

## **1.3. PRÉVENTION DES ERREURS MÉDICALES**

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose des recommandations et des outils d'évaluation des pratiques professionnelles, disponibles en ligne [3].

Suite à l'analyse des événements indésirables et à la judiciarisation de la médecine, de nouveaux référentiels apparaissent progressivement avec de nouvelles thématiques de communication avec le patient ou d'organisation :

- Organisation de soins (ex. : « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ») (mars 2014).
- Information au patient : délivrance de l'information à la personne sur son état de santé (mai 2012).
- Tenue de dossiers médicaux (ex : le dossier médical en santé au travail, (janvier 2009).
- Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement (décembre 2005).

Plus récemment, des recommandations ont été publiées concernant des check-lists ou encore la communication entre professionnels de santé :

- Check-lists « sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h » (mai 2015), « sécurité du patient au bloc opératoire en chirurgie infantile » (décembre 2015).
- Outil SAED (Situation, Antécédent, Evaluation, Demande) : guide pour standardiser la communication entre professionnels (octobre 2014).
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens (décembre 2015).

Le développement de ces nouveaux référentiels marque un tournant dans la prise de conscience de la nécessité de développer de nouvelles compétences, moins techniques.

## 2. DÉFINITION DES CNT

Plusieurs termes sont régulièrement utilisés pour définir ces items non techniques. Si les CNT sont aussi appelées, en anglais, « soft skills, core competencies » ou encore de « generic skills ». Il semble nécessaire de différencier les CNT des gestion de situations de crises « Crisis Resource Management (CRM) » ou encore du terme beaucoup plus large de facteur humain.

### 2.1. FACTEUR HUMAIN

Le facteur humain est un terme volontiers utilisé lors de l'analyse des erreurs. Dans ce cas, le facteur humain est la contribution humaine impliquée dans un événement. Il englobe des notions assez larges :

- Politiques : contraintes économiques, politiques, sociales.
- Liés à l'organisation : disponibilités financières, politique de soins, de gestion du personnel.
- Liés aux conditions de travail : niveau des intervenants, ergonomie, matériel, relations interhumaines.
- Liés à l'équipe : communication, encadrement, cohésion.
- Liés aux procédures opérationnelles : existence, qualité, disponibilité, utilisation réelle.
- Liés aux individus : compétence théorique et technique, remises à niveau, santé physique et mentale, caractère.
- Liés au patient (santé, langue, personnalité...).

### 2.2. COMPÉTENCES NON TECHNIQUES

L'optimisation de certains facteurs humains cités ci-dessus, permettrait de définir une nouvelle compétence, c'est-à-dire « un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » [4].

Ces CNT appliquées à la médecine seraient donc une combinaison de savoirs cognitifs, sociaux et du savoir-faire procédural, qui contribue à une performance efficiente et sûre [5].

### 2.3. CRISIS RESSOURCE MANAGEMENT

Lorsque ces CNT sont utilisées dans des situations de crises, le terme « Crisis Resource Management (CRM) » est utilisé. La plupart des compétences énoncées dans les CRM est commune aux acteurs de santé [6] : gestion du stress, travail d'équipe, communication, utilisation de supports cognitifs (guidelines, check-lists...), double-check (vérification par un tiers de la réalisation d'une action), leadership et followership, appel à l'aide et transmission (ex. utilisation du SAED défini au 1.3), capacité de réaction rapide et anticipation, planification et répartition des tâches, prise de recul, mobilisation des ressources, délégation de tâches, distribution des rôles/espaces géographiques, maîtrise de l'environnement, ré-évaluation régulière de la situation.

### 3. MODALITÉS D'APPRENTISSAGE DES CNT

#### 3.1. PLACE DE L'ENSEIGNEMENT DES CNT

En formation initiale, une grande attention est portée aux connaissances théoriques pures, alors qu'il existe peu d'enseignement pratique (le plus souvent au chevet du patient) et peu ou pas d'enseignement de CRM, de Facteur Humain (FH) ou des CNT.

Concernant la formation continue, il a été montré que cet enseignement est présent, de facto lorsque plusieurs corps de métier se réunissent pour aborder un cas de patient. Cela peut avoir lieu en temps réel, lors d'une transmission ou d'un staff si ce temps d'échange est structuré [7] ou encore lors d'action d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), notamment de Réunions Morbi-Mortalité [1-3].

#### 3.2. OUTILS D'APPRENTISSAGE

##### 3.2.1. EVOLUTION DES OUTILS D'APPRENTISSAGE

Pour les professionnels de santé, dans le cadre de l'HAS, une évaluation des pratiques professionnelles est possible en comparant son activité à un référentiel de bonnes pratiques. Ces référentiels intégrant de plus en plus des CNT, les professionnels vont progressivement se sensibiliser.

De même, avec le développement de la simulation en France, les CNT vont être de plus en plus au centre des activités pédagogiques. La simulation permet, en effet, de reproduire une situation de soins en s'immergeant dans un contexte particulier, seul ou en équipe, puis de faire un retour d'expérience, guidé par un formateur. Différents types de simulation existent allant de mises en situations sur des patients simulés jusqu'à l'utilisation de simulateurs synthétiques à la technologie parfois très élaborée, par exemple :

- Deux formateurs jouant le rôle d'un patient à qui on annonce un cancer ou un dommage lié aux soins et sa famille, permettront une mise en situation très réaliste pour former à l'annonce de mauvaise nouvelle.
- Un bras de perfusion utilisé sur un patient simulé (simulation hybride) permettra d'enseigner l'interaction entre le soignant et le patient, bien au-delà du simple geste de perfusion.
- Un simulateur synthétique permettra de reproduire à l'échelle 1 toute la gestion d'une crise dans un bloc opératoire avec des objectifs qui peuvent être très variés :
  - Cas fréquent : appel à l'aide, accessibilité et utilisation des protocoles, des check-lists, transmission, gestion du stress et/ou des interruptions de tâches.
  - Cas plus rares : gestion de problèmes techniques (panne de fluide, d'électricité, défaut de matériel, etc...).

##### 3.2.2. SIMULATION COMME OUTIL D'APPRENTISSAGE DES CNT

Une revue de littérature permet de montrer le bénéfice de la simulation pour l'apprentissage de CNT. Quelques exemples :

- La mise en situation est inutile seule, c'est la pratique d'un débriefing après une mise en situation qui permet l'apprentissage des CNT [8].
- Les CNT apprises en équipe, en simulation, sont transférables aux situations cliniques réelles [9].
- Une seule mise en situation sur simulateur synthétique à haut niveau de réalisme améliore les CNT en anesthésie. Une session supplémentaire n'amène que peu ou pas de bénéfice [10].

## 4. COMMENT INTÉGRER L'ENSEIGNEMENT DES CNT EN FORMATION INITIALE ET CONTINUE

### 4.1. INTÉGRATION DE L'ENSEIGNEMENT DES CNT EN FORMATION INITIALE

L'intégration de l'enseignement des CNT en formation initiale pose plusieurs problèmes :

- La formation des formateurs : si les recommandations de la HAS sont claires concernant le bagage nécessaire pour être formateur en simulation (Diplôme Universitaire de formateur en simulation et/ou formation courte de formateur en simulation), il faut définir à quel moment l'apprentissage de ces CNT doit être intégré dans le curriculum : faut-il une formation théorique préalable à des mises en situations ?
- La mise à disposition des ressources : s'il est simple de faire jouer aux étudiants le rôle de patients simulés, il s'avère plus difficile de disposer de nombreux simulateurs synthétiques pour l'enseignement du travail d'équipe. Les simulateurs sont chers et nécessitent une maîtrise de leur utilisation.
- La motivation des étudiants : ces CNT pourraient être jugées comme secondaires pour des étudiants, plutôt dans une logique d'hyper technicité. Mais si l'examen porte sur ces « nouvelles » compétences, la motivation sera probablement au rendez-vous...
- La difficulté d'organiser des examens relatifs aux CNT, la simulation étant utilisée en France essentiellement dans un but formatif et non dans un but sanctionnant (« pas de note »), mais cela risque de changer dans les années à venir. Les ateliers d'Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) fonctionnent bien au Canada ou en Suisse pour les CNT les plus simples (interrogatoire de patient, examen clinique, annonce, etc...).
- La difficulté d'utilisation des échelles d'évaluation de CNT, lorsqu'elles existent, reste un point noir à surmonter. Avant la mise en place « d'examens de CNT » pour des CNT complexes (travail d'équipe, leadership, etc...), il reste un effort de simplification des échelles et de formation des formateurs à accomplir.

Nous avons vu que cet enseignement se faisait « naturellement » lorsque les professionnels de santé se retrouvent ensemble autour d'un cas et efficacement si le formateur a la technique pédagogique adéquate. Pour le moment, les enseignements des futurs professionnels restent très cloisonnés. Un effort de décloisonnement par des sessions de mises en situation, en commun, des étudiants de différentes origines est nécessaire. Les étapes à suivre seraient :

- Intégration de l'enseignement théorique au curriculum de tous les futurs acteurs de la santé.
- Mises en situation sur des CNT simples en mono professionnel.
- Mises en situation sur des CNT plus élaborées en interprofessionnel. Une structure de simulation en santé pourra servir, par exemple, de lieu de mise en situation de futures infirmières et d'internes en médecine, quelques mois avant leur diplôme. Ces mises en situation par la simulation seront ensuite débriefées par des formateurs en simulation permettant de valider les points positifs et de proposer des voies d'amélioration.

## 4.2. INTÉGRATION DE L'ENSEIGNEMENT DES CNT EN FORMATION CONTINUE

Comme pour la formation initiale, l'intégration de l'enseignement des CNT en formation continue se fera par des enseignements interprofessionnels. Les conditions d'augmentation du transfert dans la vie professionnelle se feront par une augmentation du réalisme des situations, en utilisant des scénarii réalistes, le matériel le plus proche possible de celui utilisé d'ordinaire par les formés.

Les obstacles sont les mêmes qu'en formation initiale : formation adéquate des formateurs, structures de simulation en santé auxquelles on doit rajouter la disponibilité de personnes à former et le financement de leur formation.

L'HAS a reconnu que la simulation occupe une place de choix dans le Développement Professionnel Continu en France « Simulation et DPC » [3]. Espérons que l'importance de l'« Evidence Based Medicine » couplée à ce soutien institutionnel permettra de pérenniser l'enseignement des CNT, au-delà de l'effet « nouveauté ».

## CONCLUSION

Les CNT représentent une part importante des erreurs médicales. Elles sont peu enseignées en théorie et en pratique, en formation initiale ou en formation continue. De nombreux référentiels sont en train d'être publiés permettant un encadrement théorique de leur enseignement. De façon conjointe, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'enseignement par simulation se développent à grands pas en France. Il reste encore un travail de développement des outils d'évaluation et un travail d'intégration de l'enseignement de ces CNT dans le curriculum.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Etudes et Résultats DREES n°398, mai 2005. Complément suite à publication du BEH n°46 (5 décembre 2006).
- [2] Kohn, Linda T, Janet Corrigan, and Molla S. Donaldson. 2000. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- [3] <http://www.has-sante.fr>, last access 09/03/2016.
- [4] Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences*. Documenter le parcours de développement. Montréal : Chenelière Education.
- [5] Flin R, O'Connor P, Crochton M. (2008). *Safety at the sharp end, a guide to non technical skills*. Ashgate publishing, Ltd, Alfershot.
- [6] Rall M, Gaba D. Patient Simulators. In Miller R, ed. *Miller's Anesthesia*, 3073-104. Philadelphia: Elsevier. Churchill Livingstone, 2005
- [7] Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of inter-professional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*. 2007 Oct;29(8):735-51
- [8] Savoldelli GL Naik VN, Park J, Joo HS, Chow R, Hamstra SJ. Value of debriefing during simulated crisis management : oral versus video-assisted oral feedback. *Anesthesiology*. 2006 105 (2): 279-85
- [9] Bruppacher HR, Alam SK, LeBlanc VR, Latter D, Naik VN, Savoldelli GL, Mazer CD, Kurrek MM, Joo HS. Simulation based training improves physicians' performance in patient care in high-stakes clinical setting of cardiac surgery. *Anesthesiology* 2010 112 (4): 985-92
- [10] Yee B1, Naik VN, Joo HS, Savoldelli GL, Chung DY, Houston PL, Karatzoglou BJ, Hamstra SJ. Nontechnical skills in anesthesia crisis management with repeated exposure to simulation-based education. *Anesthesiology*. 2005 Aug;103(2):241-8.