



**HAL**  
open science

**[Use of the SBAR tool: assessment of the value of a short training course on the quality of communication between caregivers in the short and long term].**

Annabelle Cohen, Guillaume Doucède, Elodie Clouqueur, Veronique Debarge, Helene Béhal, ChrysteLe Rubod, Sandy Hanssens

► **To cite this version:**

Annabelle Cohen, Guillaume Doucède, Elodie Clouqueur, Veronique Debarge, Helene Béhal, et al.. [Use of the SBAR tool: assessment of the value of a short training course on the quality of communication between caregivers in the short and long term].. Gynecologie, Obstetrique, Fertilité and Senologie, 2021, 10.1016/j.gofs.2021.04.010 . hal-04508551

**HAL Id: hal-04508551**

**<https://hal.science/hal-04508551>**

Submitted on 22 Jul 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Utilisation de l’outil SAED: évaluation de l’intérêt d’une formation courte sur la  
qualité de la communication entre soignants à court et à long terme**

*Use of the SBAR tool: assessment of the value of a short training course on the  
quality of communication between caregivers in the short and long term*

Annabelle Cohen<sup>1</sup>, Guillaume Doucède<sup>2</sup>, Elodie Clouqueur<sup>3</sup>, Véronique Debarge<sup>1,5</sup>,  
Hélène Behal<sup>4</sup>, Chrystèle Rubod <sup>1,5</sup>, Sandy Hanssens<sup>5</sup>

1. CHU Lille, Département d’Obstétrique, F-59000, Lille, France.

2. Clinique Saint George, 134 Avenue des Arènes de Cimiez, F-06000 Nice.

3. CH Tourcoing, 155 Rue du Président Coty, F-59200 Tourcoing.

4. Univ. Lille, CHU Lille, ULR 2694 - METRICS : Évaluation des technologies de  
santé et des pratiques médicales, F-59000 Lille, France

5. Faculté de médecine Henri Warembourg, F-59000 Lille, France.

\*Auteur correspondant : Annabelle Cohen

e-mail : [anna621@hotmail.fr](mailto:anna621@hotmail.fr)

## Introduction

Les problèmes de communication au sein des équipes médicales sont source de défauts de prise en charge et d'erreurs médicales (1–3). Ils constituent une des principales causes racines des événements indésirables en milieu de soins (4–7).

Les différences de personnalité, de culture, de comportement (facteurs humains), mais également les variations inter-métiers ou inter-spécialités et l'expérience (junior/sénior) constituent des barrières à la communication entre les professionnels (6,7). Cette hétérogénéité dans la communication peut amener, dans certaines situations, à une incompréhension, une insatisfaction des interlocuteurs et être une source d'erreurs médicales. La tension qui en résulte lors de la communication peut alors altérer la qualité de l'échange d'information et impacter la qualité de vie au travail.

Des méthodes existent pour aider à structurer et faciliter la communication. Un moyen mnémotechnique, l'outil de communication SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation), développé par l'armée américaine, permet d'améliorer la communication entre les membres de l'équipe lors de situations d'urgence. Il s'agit d'une technique simple, structurée et normalisée, permettant de standardiser la communication en créant un langage commun entre professionnels. Le secteur de la santé l'a ensuite recommandé dans le but d'améliorer la communication et la qualité des soins (4,8,9). L'acronyme SAED (Situation-Antécédents-Evaluation-Demande) (Figure 1) étant l'adaptation française de l'outil anglo-saxon *SBAR* (8,10,11). Il permet de structurer la présentation du dossier, que ce soit oralement (transmission ou demande d'avis entre professionnels de santé,

lors de staffs multidisciplinaires, en cas de communications urgentes) ou à l'écrit (courrier, e-mail).

Son utilisation permet d'améliorer la qualité de la communication entre professionnels de santé en clarifiant les informations transmises et en évitant les oublis, permettant ainsi de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension et augmentant la satisfaction des professionnels de santé (12,13). Intégré dans un programme global d'amélioration du travail en équipe, l'outil SAED permet des progrès dans le domaine de la communication, du travail en équipe et en termes de culture de sécurité (14–19).

Si de nombreuses études ont montré que ces formations permettaient l'amélioration des connaissances à court et à moyen terme et qu'elles étaient appréciées des participants, peu d'études se sont intéressées à l'évaluation de la qualité de la communication à distance des formations en pratique clinique.

L'objectif principal de cette étude était de comparer la qualité de la communication avant et après formation. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la qualité de la formation, l'amélioration de la communication à court terme ainsi que la satisfaction du personnel à cette formation.

### **Matériels et méthode**

Il s'agissait d'une étude prospective, interventionnelle, mono-centrique, menée à l'hôpital de Jeanne de Flandre du centre hospitalo-universitaire de Lille (France) entre le 2 janvier 2017 et le 31 décembre 2019, basée sur l'outil SAED.

L'ensemble du personnel soignant (sages-femmes, infirmières et aides-soignants) des services d'obstétrique et de gynécologie chirurgicale a été inclus dans l'étude. Le

seul critère d'exclusion était le refus de participer à cette étude. Aucune personne n'a refusé d'y participer.

L'étude a débuté par l'évaluation initiale des communications téléphoniques des soignants. Puis des séances de formation ont eu lieu, avec un pré-test en début de séance et un post-test à l'issue de la formation. L'étude s'est achevée par une deuxième évaluation des communications téléphoniques à distance après la formation des participants.

Initialement, sur une période de 10 jours, tous les appels téléphoniques émis par un soignant (sage-femme, infirmier, aide-soignant...) au sein des services de gynécologie-obstétriques étaient évalués par un médecin thésé (praticien hospitalier, chef de clinique-assistant) à l'aide d'une fiche d'évaluation standardisée réalisée par les investigateurs de l'étude (Q1) (Figure 2). Cette grille d'évaluation Q1 devait être remplie immédiatement après chaque appel et comprenait 6 questions objectives (recto de la fiche d'évaluation) sur le contenu de l'appel (lieu, identifiant de l'appelant, degrés d'urgence, motifs d'appel, contexte et proposition de prise en charge) issues de l'outil SAED, et une appréciation subjective (au verso de la fiche d'évaluation) de la qualité de l'appel. Une note globale de l'appel était alors donnée, sur 10 points :

- 6 points au maximum pour les questions objectives
- 4 points au maximum pour l'appréciation globale de l'appel.

En cas d'appel pour une urgence immédiate, seuls étaient notés les critères « lieu » et « motif » de l'appel, qui valaient alors 3 points chacun.

Des formations ont ensuite été organisées au sein des 2 services (Figure 3), reprenant le modèle d'apprentissage de style Kolb (20). En obstétrique, ce sont les

sages-femmes et aides-soignants du service de grossesse pathologique, de l'hôpital de jour, de la consultation prénatale, de la maternité et les sages-femmes mobiles (ce qui représente 65% des sages-femmes du bloc obstétrical) qui ont été formées. En chirurgie gynécologique, ce sont les infirmières et aides-soignantes du service de chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation conventionnelle. Chaque séance de formation durait une heure, organisée pendant les heures de poste du personnel et était animée par un binôme de formateurs médecin / sage-femme ou médecin / infirmière respectivement. Il y avait 5 à 8 apprenants par séance.

L'atelier débutait par un pré-test (P1) correspondant à une situation clinique donnée évoluant vers 3 situations de 3 degrés d'urgence différents (non urgent, semi-urgent avec délai de prise en charge maximum de 30 minutes, et très urgent avec nécessité de prise en charge immédiate). Plusieurs items étaient proposés selon les situations cliniques et les participants devaient sélectionner ceux qui leur semblaient le plus pertinent à transmettre s'ils avaient été confrontés à cette situation, en remplissant une grille de réponses. Une grille de correction standardisée avait été élaborée après soumission du test auprès d'un quorum d'experts, qui étaient les formateurs. La grille d'évaluation des pré- et post-tests (P1 et P2 respectivement) a été établie à partir des réponses données par les 7 experts (4 en gynécologie et 4 en obstétrique, dont un expert commun aux 2). La notation de chaque item était pondérée par les réponses des experts, et une note de 0, 1 ou 2 était attribuée si 0-1, 2 ou 3-4 experts respectivement avaient coché l'item. La note globale du test correspondait à la somme des notes obtenues à chacun des items, exprimée sous forme d'un pourcentage de bonnes réponses.

La formation se déroulait ensuite en 3 parties. La première partie reposait sur une réflexion collégiale sur les problèmes liés à la communication. Pour cela, plusieurs

films ou enregistrements sonores d'appels téléphoniques étaient utilisés et les participants devaient suggérer des améliorations à apporter à la transmission (principe de la chambre des erreurs). Ensuite, un enseignement théorique sur l'importance de la communication en santé était dispensé et l'outil SAED était présenté (explication de l'anagramme SAED, les recommandations de la HAS, quand l'utiliser, les améliorations attendues par son usage). Enfin, des jeux de rôles étaient réalisés en binôme en simulant une transmission téléphonique en utilisant l'outil SAED. Chaque participant jouait à tour de rôle et était au moins une fois l'appelant et l'appelé. L'appelant prenait connaissance d'une situation clinique puis simulait l'appel. L'appelé devait évaluer si l'ensemble des informations pertinentes avaient bien été transmises, grâce à la fiche d'évaluation des appels (Figure 2), aidé par les observateurs, sous le contrôle du formateur. Chaque participant pouvait ensuite exprimer son ressenti.

Un post-test (P2) était réalisé en fin de séance, identique au pré-test, afin d'évaluer l'impact immédiat de la formation sur la qualité de la communication, et les participants devaient remplir anonymement un questionnaire de satisfaction (QS), établi par la HAS (haute autorité de santé), sur la qualité de l'enseignement comprenant plusieurs items notés chacun sur 10 points (Figure 3) (21).

A distance de la formation (14 mois +/-5mois après la première séance de formation), une nouvelle évaluation de la qualité des appels téléphonique (Q2, identique à Q1) était réalisée sur une période de 10 jours.

Le critère de jugement principal de l'étude était l'évolution de la moyenne des notes obtenues aux Q2 par rapport à celles obtenues aux Q1. Les critères de jugement secondaires étaient la variation des notes obtenues aux P2 par rapport aux P1 (en pourcentage de bonnes réponses) et l'évaluation de la satisfaction des participants.

Les résultats obtenus aux différents tests ont été recueillis anonymement et enregistrés dans une base de données Excel pour Windows®, version 2016.

### **Analyse statistique**

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile. Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et de pourcentages. L'âge des participants a été comparé entre l'obstétrique et la gynécologie par le test t de Student et leur métier a été comparé entre ces deux groupes par le test du Chi-deux. Les variations des scores et des nombres de cases cochées entre le pré-test et le post-test ont été évaluées à l'aide du test de Student apparié.

La satisfaction de la communication avant la formation a été comparée à la satisfaction après la formation par le test U de Mann-Whitney. Les notes d'évaluation du questionnaire Q1 ont été comparées à celles du questionnaire Q2 par le test t de Student. Le nombre d'appelants sages-femmes et le nombre d'appels pour code rouge ont été comparés entre Q1 et Q2 par le test du Chi-deux.

Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS® (SAS Institute version 9.4). Lorsque les effectifs n'étaient pas suffisants, l'analyse statistique n'a pas été réalisée.

### **Résultats**

Cent vingt professionnels de santé (n=120) ont été formés sur la période d'investigation. Il n'y a eu aucun refus de participation à l'étude.

Les professionnels formés avaient en moyenne 34.1 ans  $\pm$  8.6 ans et 98.8% étaient des femmes (Tableau 1). Les populations des 2 services étaient comparables.

Les scores obtenus aux différents cas étaient meilleurs au post-test P2 comparativement au pré-test P1 (64.9 vs 52.6,  $p < 0.001$ ) (Tableau 2) et le nombre de cas cochés était moindre (32.2 vs, 36.9,  $p < 0.001$ ) (Figure 4).

Quatre-vingt-un pourcents des participants (81%,  $n=97$ ) étaient satisfaits de la formation, 31.1% auraient souhaité une formation pratique ( $n=37$ ) et 10.1% une formation théorique supplémentaires ( $n=12$ ) (Tableau 3).

L'évaluation Q2 était réalisée 14 mois  $\pm$  5 mois après la formation. Cent vingt fiches d'évaluation des appels avant (60 fiches) et après (60 fiches) formations ont été recueillies. La note globale obtenue lors de la transmission d'un message téléphonique au sein des services était significativement meilleure après les formations comparativement à celle obtenue avant les formations (9.4  $\pm$  0.6 *versus* 8.4  $\pm$  1.2,  $p < 0.001$ ) (Tableau 4), de même que la note subjective (3.9  $\pm$  0.3 vs 3.0  $\pm$  1.0,  $p < 0.001$ ). La note objective n'était quant à elle pas significativement modifiée entre les 2 périodes.

## **Discussion**

Notre étude a montré qu'une formation courte sur la communication basée sur l'outil SAED permettait d'améliorer la qualité de la communication à court terme, que ce soit en termes de pertinence ou de concision du message, et à long terme (14 mois  $\pm$  5 mois) en situation clinique réelle. Par ailleurs, la formation a été très appréciée des apprenants, avec 81% de participants satisfaits.

L'étude que nous avons menée se base sur le principe de « l'outreach visit », qui désigne le contact personnalisé d'une personne formée avec un professionnel de santé, sur son lieu d'exercice en s'adressant au professionnel en connaissant ses pratiques et ses freins éventuels au changement (22,23). Cette méthode pédagogique a déjà montré son intérêt dans la formation et la modification des comportements de professionnels de santé dans la prise en charge de certaines pathologies. La revue de la littérature de la *Cochrane* publiée par O'Brien et al. a étudié plusieurs études sur différents types d'outreach visit dans la prise en charge de pathologies en pratique courante de médecine générale. Ce type de formation semblait améliorer de 6 à 20 % les connaissances et les pratiques des professionnels de santé (17,21,23,24).

Dans notre étude, à la suite de la formation, il y avait une amélioration des compétences des apprenants à court terme que ce soit en termes de pertinence ou de concision du message. De même, Wang et al. en 2015 a montré que des étudiants infirmiers ayant reçu une formation basée sur des jeux de rôle utilisant l'outil SAED amélioraient leurs connaissances ainsi que leur capacité de communication (22). Dans cette étude, près de 94% des participants avaient trouvé l'outil SAED utile dans leur pratique professionnelle (25).

Nous avons également montré que l'amélioration de la communication persistait à plus long terme (14 mois  $\pm$  5 mois), et ce comme dans les séries de Randmaa et al. et de De Meester et al., Nous avons mis en évidence une amélioration globale de la qualité des appels téléphoniques en situation réelle de soins et notamment une amélioration de la satisfaction de la personne recevant l'appel (évaluation subjective). Toutefois, nous n'avons pas observé d'amélioration objective de la qualité du message, probablement du fait que les notes obtenues au pré-test étaient

déjà excellentes. Plusieurs études soulignent l'importance de la mise en œuvre de l'outil SAED dans la pratique clinique pour améliorer la communication téléphonique de l'infirmier avec les médecins dans les situations critiques, le transfert général du patient ainsi que dans la communication en équipe en général (17,21–23).

Dans l'étude de Randmaa et al., la mise en œuvre de l'outil SAED sur une période d'un an dans une équipe de soignants (médecins et infirmiers) travaillant dans une clinique d'anesthésie (au bloc opératoire ou en unité de soins continus) a été associée à une amélioration de la perception des membres du personnel de la communication ( $p=0.039$ ) et de leur perception du climat de sécurité (70.2 vs 66.4,  $p=0.011$ ) ainsi qu'à une diminution de la proportion de rapports d'incidents liés à des erreurs de communication (11 vs 31,  $p<0.0001$ ) (21).

De la même manière, l'étude de De Meester et al. a montré une amélioration de la communication avec l'utilisation de SAED (24). 425 infirmiers de 16 hôpitaux ont été formés à cet outil et ont été évalués par un questionnaire (noté sur 97 points). Les notes étaient meilleures 18 mois après formation comparativement à avant la formation (64 vs 58,  $p<0.001$ ).

Dans notre série, 10 % des appels concernaient des motifs urgents (codes rouges), nécessitant une intervention immédiate. Or ce sont principalement dans ces situations que les messages doivent être concis mais précis, afin d'avoir un message efficace et afin d'éviter toute ambiguïté. De même, Manias et al. avaient montré en 2011 que l'utilisation de l'outil SAED améliorait significativement la satisfaction la communication urgente dans le cadre des urgences obstétricales ( $9,2 \pm 0,8$  ( $n = 22$ ) vs  $7,2 \pm 0,22$  ( $n = 74$ ),  $p < 0,0001$ ) (25).

Un des intérêts de notre formation était d'associer une formation pratique à la formation théorique, ce qui renforce la mémorisation des apprenants (26–28). Ainsi, en 2011, Kesten et al. ont montré que, lors de formations sur la communication basées sur l'outil SAED (durée 1 heure), l'association de jeux de rôle et de cours magistraux permettait à des étudiants en soins infirmiers d'améliorer la qualité de leur communication avec de meilleurs résultats aux post-tests, réalisés plusieurs semaines après la formation, comparativement à une formation théorique seule ( $85.2 \pm 10.5$  vs  $62.1 \pm 14.5$  ;  $p < 0.001$ ) (28).

Notre formation a été très appréciée des participants puisque plus de 80 % des participants considéraient la formation comme utile. Les formations basées sur la simulation sont le plus souvent très appréciées des participants (29,30).

Sept participants auraient souhaité une formation plus longue ( $n=7$ , 5.8%). Toutefois, un des intérêts de notre formation est justement d'être de courte durée (1 heure), donc facile à mettre en œuvre au sein des services pendant les heures postées du personnel formé, permettant ainsi de former le plus grand nombre tout en limitant le coût financier, matériel et humain.

Trente pourcents d'entre eux auraient aimé une formation pratique supplémentaire (30%,  $n=25$ ) avec notamment une formation en condition réelle avec soumission au stress engendré par les situations urgentes. Ce type de formation est très difficile à mettre en place, du fait de l'imprévisibilité de ces situations, de l'urgence qui y est justement associée, du fait qu'une seule personne à la fois est impliquée et de l'impact émotionnel que peut représenter la situation urgente, pouvant limiter l'impact du débriefing sur la communication. Une formation dédiée basée sur la simulation semble alors être la plus appropriée à cet apprentissage. Comme a pu le montrer

l'étude de Wan Hua Ting et al. de 2017, qui a évalué la satisfaction des sages-femmes formées à l'outil SAED dans un service d'obstétrique. Des formations d'une heure étaient organisées annuellement et l'environnement au travail ainsi que l'état néonatal ont été évalués avant et à distance de la formation (1 an et 2 an après). Le climat de travail d'équipe (58.6% vs 70.8%,  $p<0.002$ ), le sentiment de sécurité (61.1% vs 71%,  $p<0.01$ ), la satisfaction au travail (52.5% vs 70.2%,  $p=0.002$ ) et les conditions de travail (61.4% vs 72.5%,  $p=0.02$ ) se sont améliorées de façon statistiquement significative avant et après formation. Aucune différence sur l'état néonatal n'a en revanche été observé (31).

Comme pour de nombreuses formations, il serait intéressant de répéter. Les séances et de proposer des formations sous d'autres formes afin d'ancrer au mieux le principe de SAED, mais cela nécessite un important investissement en terme de temps et de besoins humains. Ainsi, nous avons choisi d'utiliser des formations sur d'autres thématiques (formations sur le rythme cardiaque fœtal) ou les staffs multidisciplinaires pour rappeler régulièrement l'acronyme SAED et son intérêt.

Notre étude présente cependant des faiblesses.

Le délai entre les formations et l'évaluation finale était de 14 mois  $\pm$  5 mois. Les changements apportés par cette formation sont donc durables dans le temps. Toutefois, ce délai étant relativement long, d'autres facteurs peuvent intervenir, tels que l'enseignement au quotidien par les formateurs au sein des services ou d'autres formations en parallèle sur d'autres thématiques, cette formation s'inscrivant dans une politique globale d'amélioration de la communication au sein du service.

La seconde évaluation (Q2) était réalisée par des personnes en partie différentes de celles ayant réalisé l'évaluation initiale (Q1), en raison du changement d'une partie

de l'équipe médicale (changement de certains chefs de clinique et assistants). Cependant, il ne s'agit pas de questionnaires validés scientifiquement. Ce biais d'évaluation était toutefois réduit par le nombre conséquent d'évaluateurs, atténuant les différences de jugement.

Par ailleurs, il n'a pas été étudié l'impact de la formation sur la qualité des soins, ce qui pourrait faire l'objet d'une autre étude. Il serait également intéressant de comparer Q1 et Q2 séparément entre l'obstétrique et la gynécologie car les situations d'urgences sont différentes.

L'urgence est une préoccupation importante pour de nombreuses équipes médicales. Il nous faut en effet savoir reconnaître les situations réellement urgentes et leur apporter une réponse adéquate dans les plus brefs délais. D'autres outils de communications comme les codes couleur permettent de caractériser les urgences, la check list « sécurité du patient au bloc opératoire », des certifications ont été mis en place pour améliorer la communication (32,33).

Malgré ces limites, notre étude est un travail original car à notre connaissance peu d'études en France ont réalisé de manière objective la qualité de la communication au sein des équipes, en situation réelle et en situation d'urgence.

L'objectif à l'avenir est de profiter de formations sur d'autres thématiques (hémorragies du post-partum, éclampsie...) pour reparler de communication au sein de l'équipe et rappeler l'intérêt de l'outil SAED. Ces autres ateliers thématiques peuvent permettre de recréer des situations de stress comparables aux situations d'urgence pouvant exister dans la pratique quotidienne des soignants.

## **Conclusion**

De courtes formations sur la communication et sur l'outil SAED semble améliorer les connaissances et les compétences des participants à court terme et permettrait d'améliorer la communication entre professionnels en pratique clinique à plus long terme.

Afin d'améliorer durablement cette compétence, des rappels réguliers sur l'acronyme SAED sont nécessaires et peuvent se faire de manière théorique, directement au sein des services lors de staffs multidisciplinaires, ou pratique, lors de formations sur d'autres thématiques, permettant diverses mises en situation.

L'auteur et les co-auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## **Bibliographie :**

1. Farzi S, Irajpour A, Saghaei M, Ravaghi H. Causes of Medication Errors in Intensive Care Units from the Perspective of Healthcare Professionals. J Res Pharm Pract. sept 2017;6(3):158-65.
2. Calinon-Melenec B. Communiquer au sein de l'hôpital, quelles voies emprunter ? Commun Organ Rev Sci Francoph En Commun Organ [Internet]. 1 mai 1994 [cité 9 mars 2021];(HS N°1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2998>
3. saed\_guide\_complet\_2014-11-21\_15-41-2\_64.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed\\_guide\\_complet\\_2014-11-21\\_15-41-2\\_64.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf)

4. Kostoff M, Burkhardt C, Winter A, Shrader S. An Interprofessional Simulation Using the SBAR Communication Tool. *Am J Pharm Educ.* 25 nov 2016;80(9):157.
5. Blouin AS. Improving hand-off communications: new solutions for nurses. *J Nurs Care Qual.* juin 2011;26(2):97-100.
6. Berveiller P, Rousseau A, Tastard M, Raynal P. Republication de : Introduction aux facteurs humains : de l'aéronautique à l'obstétrique. *Rev Sage-Femme.* 1 nov 2019;18(5):253-62.
7. Song H-S, Choi J, Son Y-J. The relationship between professional communication competences and nursing performance of critical care nurses in South Korea. *Int J Nurs Pract.* oct 2017;23(5).
8. Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety, 2nd edition. *Int J Health Care Qual Assur [Internet].* 1 janv 2011 [cité 9 mars 2021];24(5). Disponible sur: <https://doi.org/10.1108/ijhcqa.2011.06224eaa.013>
9. Masson E. Améliorer la communication pour plus de qualité et de sécurité des soins [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1262174/ameliorer-la-communication-pour-plus-de-qualite-et>
10. Médicale MP. Je pratique le SAED... et vous? [Internet]. *prevention-medicale.org.* [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/Approche-par-processus/sbar>, <http://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/Approche-par-processus/sbar>
11. Lee SY, Dong L, Lim YH, Poh CL, Lim WS. SBAR: towards a common interprofessional team-based communication tool. *Med Educ.* nov 2016;50(11):1167-8.
12. von Dossow V, Zwissler B. Recommendations of the German Association of Anesthesiology and Intensive Care Medicine (DGA) on structured patient handover in the perioperative setting : The SBAR concept. *Anaesthetist.* déc 2016;65(Suppl 1):1-4.
13. 091201Using-a-communication-framework-at-handover-to-boost-patient-outcomes.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2009/11/091201Using-a-communication-framework-at-handover-to-boost-patient-outcomes.pdf>
14. Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Manage Rev.* mars 2012;37(1):88-97.
15. Burgener AM. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *Health Care Manag.* sept 2017;36(3):238-43.

16. Compton J, Copeland K, Flanders S, Cassity C, Spetman M, Xiao Y, et al. Implementing SBAR across a large multihospital health system. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* juin 2012;38(6):261-8.
17. Field TS, Tjia J, Mazor KM, Donovan JL, Kanaan AO, Harrold LR, et al. Randomized Trial of a Warfarin Communication Protocol for Nursing Homes: an SBAR-based Approach. *Am J Med.* 1 févr 2011;124(2):179.e1-179.e7.
18. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* mars 2006;32(3):167-75.
19. Andreoli A, Fancott C, Velji K, Baker GR, Solway S, Aimone E, et al. Using SBAR to communicate falls risk and management in inter-professional rehabilitation teams. *Healthc Q Tor Ont.* 2010;13 Spec No:94-101.
20. Ahmed A, Wojcik EM, Ananthanarayanan V, Mulder L, Mirza KM. Learning Styles in Pathology: A Comparative Analysis and Implications for Learner-Centered Education. *Acad Pathol.* déc 2019;6:2374289519852315.
21. Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open.* 21 janv 2014;4(1):e004268.
22. Wang W, Liang Z, Blazeck A, Greene B. Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Educ Today.* 1 juill 2015;35(7):881-7.
23. Devereaux T, Marchetti G, Zions N, Engberg S, Watzlaf V, Bonenberger S, et al. Condition-Specific SBAR Effect on Transfers, Hospitalizations, and 30-day Readmissions from Long-Term Care to Acute-Care. *J Am Med Dir Assoc.* 1 mars 2016;17:B25.
24. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation.* sept 2013;84(9):1192-6.
25. Manias T, Tomlinson J. Implementation and evaluation of the sbar tool in the communication between medical staff in obstetrics. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed.* 1 juin 2011;96(Suppl 1):Fa131-Fa131.
26. [efficacite\\_des\\_methodes\\_de\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_des\\_recommandations\\_medicales.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/efficacite_des_methodes_de_mise_en_oeuvre_des_recommandations_medicales.pdf) [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/efficacite\\_des\\_methodes\\_de\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_des\\_recommandations\\_medicales.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/efficacite_des_methodes_de_mise_en_oeuvre_des_recommandations_medicales.pdf)
27. Froc E, Philip C-A, Rudigoz R-C, Huissoud C, Cortet M, Dupont C. Formation à l'analyse du rythme cardiaque fœtal : évaluation d'un programme

d'enseignement in situ au sein du réseau périnatal Auvergne-Rhône-Alpes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 1 sept 2018;46(9):645-52.

28. Kesten KS. Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *J Nurs Educ*. févr 2011;50(2):79-87.
29. Shrader S, McRae L, King WM, Kern D. A Simulated Interprofessional Rounding Experience in a Clinical Assessment Course. *Am J Pharm Educ* [Internet]. 10 mai 2011 [cité 9 mars 2021];75(4). Disponible sur: <https://www.ajpe.org/content/75/4/61>
30. Kostoff M, Burkhardt C, Winter A, Shrader S. An Interprofessional Simulation Using the SBAR Communication Tool. *Am J Pharm Educ*. 25 nov 2016;80(9):157.
31. Ting W-H, Peng F-S, Lin H-H, Hsiao S-M. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwan J Obstet Gynecol*. avr 2017;56(2):171-4.
32. mode\_demploi\_et\_version\_2016\_de\_la\_check-list\_securite\_du\_patient\_au\_bloc\_operatoire.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/mode\\_demploi\\_et\\_version\\_2016\\_de\\_la\\_check-list\\_securite\\_du\\_patient\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/mode_demploi_et_version_2016_de_la_check-list_securite_du_patient_au_bloc_operatoire.pdf)
33. Rudigoz R-C, Huissoud C, Delecour L, thevenet S, dupont C. Césariennes urgentes non programmées : intérêt des codes couleur pour la gestion optimale des urgences obstétricales. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 juin 2014;198(6):1123-40.
34. affiche\_saed.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/affiche\\_saed.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/affiche_saed.pdf)

1 **Annexes**

2 **Figure 1 : Anagramme SAED (HAS) (34)**

3

**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 utiles, liés au contexte actuel :**  
Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*  
Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...  
Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*  
Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : *labo, radio, etc.*  
La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*  
La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

**E**

**Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :**  
Je pense que le problème est : ...  
J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*  
Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave  
Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

**D**

**Je formule ma demande (d'avis, de 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 : *quoi et quand ?*

4

1 **Annexes**

2 **Figure 2 : Fiche d'évaluation des appels téléphoniques (Q1 et Q2)**

3

4

*Recto : évaluation objective*

*Verso : évaluation subjective*

6

	OUI	NON
Lieu (BO,PMF...)		8
Identifiant de l'appelant GO, SF, int		9
Motif de l'appel		10
Contexte/ATCD		11
Degré d'urgence		
<b>Si code rouge : lieu+motif d'appel suffisent</b>		
Prise en charge		13

Fiche d'évaluation des communications

A posteriori, y a-t-il eu adéquation entre l'appel reçu et la réalité ?

14 **Abréviations :**

15 ATCD : antécédent

16 BO : bloc obstétrical

17 GO : gynécologue obstétricien

18 Int : internes

19 PMF : pathologies materno-fœtales

20 SF : sages-femmes

21

Figure 3 : Schéma de l'étude

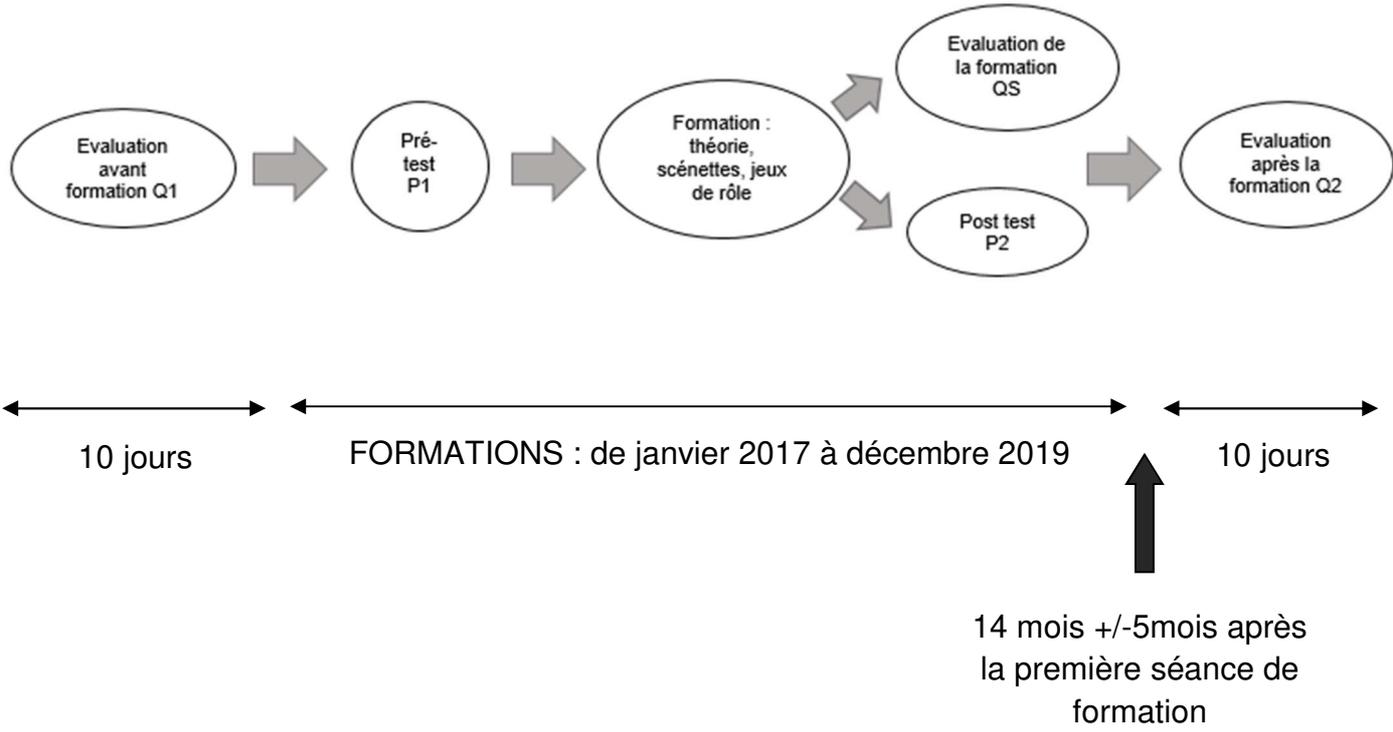


Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	<b>TOTAL n=120</b>	<b>Obstétrique n=82</b>	<b>Gynécologie n=38</b>	<b><i>p</i></b>
Age (années)	34.1 ± 8.7	34.3 ± 9.1	33.8 ± 7.9	0.76
Sexe (femme)	118 (98.3)	80 (97.6)	38 (100)	-
Profession				
Sages-femmes	74 (61.7)	74 (91.2)	0 (0)	<b>&lt;0.001***</b>
Aides-soignants	22 (18.3)	8 (9.8)	14 (50)	<b>&lt;0.001***</b>
Infirmiers	14 (11.7)	0 (0)	14 (50)	<b>&lt;0.001***</b>

Résultats exprimés en nombre n (%) ou moyenne +/- ds (déviatiion standard)

Tableau 2 : Pourcentage de bonnes réponses aux pré- (P1) et post-tests (P2) des formations en obstétrique et en gynécologie

	<b>Pré-test P1</b>	<b>Post-test P2</b>	<b><i>p</i></b>
Score cas 1	47.0 ± 17.1	60.1 ± 16.9	<b>&lt;0.001***</b>
Score cas 2	57.4 ± 18.9	70.7 ± 16.4	<b>&lt;0.001***</b>
Score cas 3	61.5 ± 20.4	74.1 ± 16.2	<b>&lt;0.001***</b>
Score total des 3 cas	52.6 ± 14.7	64.9 ± 13.6	<b>&lt;0.001***</b>

Résultats exprimés en moyenne ± ds (déviatiion standard)

Tableau 3 : Evaluation de la satisfaction de la formation

	<b>TOTAL</b>	<b>Obstétrique</b> <b>n=82</b>	<b>Gynécologie</b> <b>n=38</b>
Connaissance de SAED avant formation	3.3 ± 2.5	2.8 ± 2.1	4.4 ± 2.8
Nouvelles acquisition	8.0 ± 1.1	7.9 ± 1.2	8.5 ± 0.8
Envisager de modifier les pratiques	8.4 ± 1.0	8.4 ± 1.1	8.4 ± 0.8
Appréciation de la formation	8.1 ± 1.2	7.9 ± 1.3	8.6 ± 0.5

Résultats exprimés en moyenne (sur 10 points) ± déviation standard

Tableau 4 : Evaluation des appels téléphoniques avant (Q1) et après (Q2) les formations

	<b>Evaluation Q1</b> <b>n=60</b>	<b>Evaluation Q2</b> <b>n=60</b>	<b><i>p</i></b>
Note objective (sur 6)	5.4 ± 0.6	5.5 ± 0.5	0.27
Note subjective (sur 4)	3.0 ± 1.0	3.9 ± 0.3	<b>&lt;0.001***</b>
Note totale (sur 10)	8.4 ± 1.2	9.4 ± 0.6	<b>&lt;0.001***</b>
Appelant sage-femme	43 (72)	41 (68)	0.69
Appel pour code rouge	7 (11.7)	6 (10)	0.76

Résultats exprimés en nombre n (%) ou moyenne ± déviation standard