

Paper of the Month #21 - Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse

Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, et al.:

Clinical handover incident reporting in one UK general hospital
International Journal for Quality in Health Care 2010; 22: 396–401

Thème: fréquence et caractéristiques des incidents liés au transfert de la prise en charge documentés dans un système de déclaration interne

Fréquent à l'hôpital, le passage de témoin entre services ou professionnels responsables de la prise en charge du patient constitue un processus sensible, qu'il ait lieu au sein d'un même domaine clinique (changement d'équipe, p. ex.) ou entre divisions/spécialités différentes. Incluant la transmission de toutes les informations utiles et le transfert des responsabilités, il nécessite une communication correcte, complète et structurée. Cette étape représente un fondement essentiel pour la suite de la prise en charge du patient, mais renferme aussi un potentiel de risques élevé. Pezzolesi et al. ont analysé sur une période de 3 ans les incidents documentés dans le système de déclaration interne (CIRS) d'un hôpital britannique, en sélectionnant ceux qui avaient un rapport avec le transfert de prise en charge. Pour qu'ils entrent dans cette catégorie, l'un de ces éléments devait être présent: (a) une communication verbale insuffisante durant le transfert, (b) une transmission lacunaire des informations pertinentes dans les documents de transfert ou (c) un transfert insuffisant ou peu clair des responsabilités entre professionnels. Les incidents ainsi identifiés ont ensuite été classés par 2 auteurs à l'aide d'un schéma d'évaluation préétabli. Sur les 19 339 déclarations analysées, 334 (2%) concernaient le transfert de prise en charge. A noter que le nombre d'incidents de ce type a augmenté de manière significative durant la période sous revue. Parmi les incidents déclarés, 51% impliquaient la même spécialité («intra-speciality») et 29% des spécialités différentes («inter-speciality»). Les autres 20% se rapportaient à des transferts entre l'établissement hospitalier et des intervenants ambulatoires (15%), d'autres hôpitaux (4%) et des services de transport de malades (1%). Enfin, 75% des incidents survenus dans la même spécialité s'étaient produits au moment du changement d'équipe et 25% lors du transfert du patient d'une unité à une autre. L'exploitation des déclarations a montré que dans près d'un tiers des incidents liés au transfert de prise en charge (29%), il n'y avait pas eu de passage de témoin entre professionnels. Dans environ la moitié des cas, la transmission était incomplète (p. ex. médication non mise à jour ou omission d'aspects importants tels que la présence d'une infection virale ou d'un diabète). Les auteurs des déclarations ont quasiment tous indiqué que le potentiel de dommages des incidents annoncés était «minime». Par rapport à d'autres formes d'études – observations prospectives ou enquêtes auprès de professionnels –, il semble que la fréquence des incidents liés au transfert de prise en charge soit sous-estimée dans les systèmes d'annonce internes. Les transmissions insuffisantes sont peut-être moins déclarées (phénomène d'«under-reporting») du fait qu'elles ne sont pas perçues comme de véritables «erreurs» et qu'elles peuvent souvent être compensées par des démarches complémentaires. Quoi qu'il en soit, l'étude de Pezzolesi et al. présente l'avantage de montrer quels types de transferts donnent le plus souvent lieu à des déclarations et quels sont les déficits caractéristiques. Il apparaît notamment que l'absence complète de passage de témoin au moment du changement d'équipe dans une même spécialité constitue un problème en soi, pour lequel il serait relativement facile de tester des mesures d'amélioration, car ces transferts constituent une catégorie bien définie en termes de lieu et de personnel. Afin de garantir une transmission sûre, il serait par exemple possible d'introduire des listes de contrôle ou des règles de communication. Il faudrait également veiller, dans le cadre de la formation des professionnels de santé, à souligner l'importance du transfert de prise en charge pour la sécurité des patients et à entraîner des techniques de communication complète et structurée.

PD Dr D. Schwappach, MPH, directeur scientifique de la Fondation pour la Sécurité des Patients
Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20709704>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.

Secrétariat et adresse pour toute correspondance:

PD Dr David Schwappach, directeur scientifique, Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41(0)43 243 76 21, fax +41 (0)43 243 76 71, www.patientsicherheit.ch, schwappach@patientsicherheit.ch

Siège de la fondation: c/o Académie suisse des sciences médicales, Petersplatz 13, CH-4051 Bâle