

Paper of the Month #30 . Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse

Thomas MJW, Schultz TJ, Hannaford N, Runciman WB:

Failures in transition: Learning from incidents relating to clinical handover in acute care
Journal for Health Care Quality 2012, epub ahead of print

Thème : Incidents en relation avec la transmission d'informations dans les soins aigus

La transmission d'informations cliniques au sein d'une même division (changement d'équipe) ou entre un service et l'autre est très fréquente dans le domaine des soins aigus. La remise d'un patient et le transfert formel des compétences et des responsabilités concernant sa prise en charge posent à tous les acteurs des exigences élevées en termes de communication et sont cruciaux pour le suivi de la personne. Plusieurs études évoquent l'importance que revêt, pour la sécurité des patients, la qualité de la transmission d'informations cliniques. Schultz et al. ont examiné le contexte dans lequel surviennent des incidents indésirables liés à la transmission. Pour ce faire, ils ont analysé, dans un système interne de déclaration des erreurs, 1485 annonces publiées sur 5 ans dans lesquelles apparaissait à un endroit ou l'autre le terme « handover ». Sur ces déclarations, ils ont sélectionné celles où un problème de transmission pouvait être identifié comme la cause première de l'incident (459 déclarations) et les ont ordonnées selon une approche et une classification méthodologique éprouvée de la façon suivante : type de défaillance (ce qui s'est concrètement mal déroulé dans la communication des informations) et mécanisme d'identification du problème (comment la défaillance a été repérée). Les différents types d'erreurs en cause (erreur à l'origine de la défaillance) n'ont pas pu être précisés, les renseignements dont disposaient les auteurs sur ce point étant lacunaires. 62 % des incidents ont été classés en trois catégories de défaillance : transfert de patient sans transmission de données (29 % des déclarations), données incomplètes sur l'état de santé du patient (19 %) et données incomplètes sur la suite du traitement (14 %). L'absence d'informations lors du transfert (46 %) était beaucoup plus fréquente que la transmission d'informations erronées (9 %). L'incident était identifié grâce à plusieurs processus et mécanismes. Les plus fréquemment rencontrés étaient en premier lieu la divergence par rapport aux attentes (36 %) . autrement dit les cas où une personne s'étonne de ne pas disposer des renseignements qu'elle était censée recevoir ; suivait la divergence clinique (26 %), à savoir une contradiction entre les indications reçues et la situation clinique observée et, enfin, la divergence en termes de documentation (24 %) : les informations reçues (le plus souvent oralement) ne correspondaient pas à la documentation fournie sur le patient. Les erreurs de transmission étaient nettement moins souvent remarquées en raison d'incidents cliniques (7 %). Les résultats de l'enquête montrent que les systèmes internes de déclaration constituent des ressources précieuses pour décrire le contexte dans lequel se produisent les erreurs liées à la communication de données : les plus courantes sont l'absence totale de transmission et la non-transmission d'informations importantes lors de la remise ou du transfert d'un patient. Ces éléments confirment que le transfert de données cliniques ne relève pas encore partout d'une procédure fixe et standardisée de la prise en charge des patients. Ils indiquent également que toute institution de santé devrait développer des normes relatives aux données devant impérativement être communiquées (set minimal de données) lors de chaque remise ou transfert de patient. Aide-mémoire, procès-verbaux de remise et règles de communication pourraient constituer des instruments très utiles pour donner une structure claire à toute transmission et contribuer à éviter des oublis. Pour pouvoir adopter de tels outils, les institutions doivent cependant reconnaître au préalable la transmission d'informations comme une tâche clinique centrale et y accorder le temps et l'espace requis.

Prof. 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/22268639>.

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

Secrétariat et adresse pour toute correspondance:

Prof. 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.patientensicherheit.ch, schwappach@patientensicherheit.ch
Siège de la fondation: c/o Académie suisse des sciences médicales, Petersplatz 13, CH-4051 Bâle