



## Réduction des erreurs et des événements indésirables par une amélioration de la transmission

43

Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, Keohane C, McSweeney ME, Chung EY, Yoon CS, Lipsitz SR, Wassner AJ, Harper MB, Landrigan CP : Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle

JAMA 2013; 310(21): 2262-2270

La transmission d'informations sur un patient entre médecins, lors des changements d'équipe par exemple, constitue pour ce dernier un danger potentiel non négligeable. Tant le processus de transfert que les données communiquées manquent souvent d'exhaustivité et de structure et représentent dès lors une source importante de malentendus et d'erreurs de communication. Or ces transferts sont très fréquents en milieu hospitalier et leur nombre a même tendance à augmenter en raison de la multiplication des emplois à temps partiel ou des ruptures de continuité. Par une étude prospective, Starmer et al. ont examiné l'effet d'un train de mesures destinées à améliorer la transmission d'informations dans deux divisions médicales d'un hôpital pédiatrique aux Etats-Unis. Ces mesures comprenaient les éléments suivants : un entraînement à la communication de deux heures à l'intention des médecins-assistants, assorti de discussions sur les principes de bonne pratique dans les rapports donnés par oral et par écrit ; l'introduction d'un aide-mémoire (Mnemonic) en vue de standardiser les transmissions orales ; le passage de plusieurs transmissions isolées à un rapport d'équipe ; le choix d'un endroit calme et retiré pour le moment du rapport et la surveillance périodique de ce processus par les médecins dirigeants. L'efficacité de la méthode a été évaluée sous les angles de la fréquence des erreurs médicales et des événements indésirables évitables, du nombre de communications erronées et du flux de travail.

Pour ce faire, les dossiers et les prescriptions de tous les patients hospitalisés dans la division ont été contrôlés journalièrement et l'ensemble des médecins interrogés sur les erreurs possibles et les problèmes survenus. Les annonces envoyées au système interne de déclaration des erreurs ont également été prises en compte. Chaque incident potentiel a été examiné et classifié en aveugle par un médecin. Dans un échantillonnage de documents de transmission, la présence de 14 éléments essentiels devant y figurer a été vérifiée. Par ailleurs, le flux de travail et l'investissement en temps accordé aux diverses activités par les assistants ont été relevés au moyen d'observations : les auteurs de l'étude ont procédé en suivant les différents médecins quotidiennement et en inscrivant très précisément le moment où certaines activités étaient effectuées et le temps consacré à chacune d'elles. Ils ont enregistré des données pendant des périodes de trois mois, tant avant l'introduction du

train de mesures que depuis lors, incluant dans leur relevé 48 médecins-assistants et plus de 1200 patients. Pour 100 admissions, le taux d'erreurs médicales est passé de 33,8 avant l'intervention à 18,3 après et, pour les événements indésirables évitables, de 33,3 à 1,5. Ces améliorations ont été constatées aussi bien dans la division qui avait installé en parallèle un outil informatique de transmission d'informations que dans celle où les médecins continuaient de travailler avec un simple formulaire sur papier. Sur l'ensemble des erreurs enregistrées, 77 % étaient liées à des médicaments. L'inscription de données essentielles dans les documents écrits a augmenté de manière significative après l'intervention. Au total, le temps de travail des médecins a été observé sur près de 800 heures, ce qui a permis de constater que la part que ces derniers passaient au contact direct des patients ou de leurs proches avait lui aussi sensiblement augmenté (8,3 % du temps de travail avant l'intervention et 10,6 % après). Le temps moyen dédié à la transmission orale n'a en revanche pas changé entre les deux phases de l'étude (32 minutes avant, 33 après). La proportion de rapports tenus dans un lieu tranquille s'est accrue fortement (33 % vs 68 %). Dans une comparaison avant-après directe, l'étude montre que le train de mesures adopté a eu pour effet d'améliorer la qualité des transmissions entre médecins et s'est répercuté de façon positive sur le critère essentiel qu'est la sécurité des patients, notamment par une nette réduction des erreurs et des incidents. Elle a également permis de démentir la crainte souvent exprimée selon laquelle une transmission structurée se ferait au détriment du temps passé au lit du malade. C'est en fait le contraire qui est advenu : les médecins consacraient même plus de temps à leurs patients. Malgré certaines limitations méthodologiques, l'étude a montré qu'il serait judicieux d'examiner les mesures proposées plus en détail dans l'idée de les étendre.

### Prof. D. Schwappach, MPH

Directeur scientifique de sécurité des patients suisse –  
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/24302089>

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