



Quick-Alert®

CIRRNET®

## «La bonne communication téléphonique de directives et de constats d'examen»

### Cas réels signalés au CIRRNET®\*

#### Cas n° 1

«Le matin, le laboratoire a communiqué verbalement par téléphone au médecin de jour de l'USI que 4 sur 4 hémocultures d'un patient de l'USI avaient donné un résultat positif pour des germes à Gram négatif (par la suite identifiés comme bactéries en bâtonnet). Il reste incertain si le laboratoire s'est trompé de nom ou si le médecin de jour de l'USI a mal compris le nom. En tout cas, le résultat transmis verbalement a été attribué au faux patient. Le faux patient a reçu Rocephin i.v. (et a même été isolé dans un premier temps à cause d'une suspicion d'infection à méningocoques), tandis que le patient présentant réellement une bactériémie ne recevait pas d'antibiotiques. L'erreur a été remarquée lorsque le rapport écrit du laboratoire est arrivé le soir à l'USI.

Le bon patient a alors reçu l'antibiothérapie correcte. L'antibiothérapie et l'isolation du faux patient ont été annulées.»

#### Cas n° 3

«J'ai reçu par téléphone des instructions que j'ai mal comprises, et donc incorrectement exécutées. Conformément à la prescription, le patient aurait dû recevoir 10 mg de Lasix i.v. après 2 administrations de CE. Au lieu de 10 mg, j'avais compris 20 mg de Lasix i.v., ce qui a conduit à une basse tension artérielle chez le patient. J'ai immédiatement informé le médecin compétent. Sur ce, le patient a été surveillé très rigoureusement jusqu'à ce que sa tension soit revenue à un niveau normal (RR 133/50).»

\* Ces rapports d'erreurs (soumis volontairement) ne permettent aucune conclusion quant aux professions impliquées ou aux erreurs de communication supposées à l'origine des erreurs.

#### Cas n° 2

«Je devais injecter la solution d'anesthésie péridurale conformément à une prescription par téléphone. Ayant mal compris le médecin-chef, j'ai injecté 6 ml de Naropin, 1 mg d'adrénaline et 100 µg de fentanyl (au lieu de 6 ml de Naropin, 2 mg de morphine et 100 µg de fentanyl). J'ai documenté cette injection telle qu'administrée. L'erreur a été découverte par le médecin-chef en lisant cela. Le patient a été examiné cliniquement quant à ses fonctions sensori-motrices et ne présentait aucun déficit.

Nous avons eu beaucoup de chance. Cela aurait pu mal tourner, étant donné que la dose de 1 mg d'adrénaline par voie péridurale aurait pu causer de fortes vasoconstrictions entraînant une ischémie (jusqu'à une paraplégie).»

#### Cas n° 4

«Une de mes patientes était dans un état fortement délirant et agité. Elle n'avait plus pris ses médicaments oraux depuis le soir précédent. Comme la patiente ne voulait pas non plus prendre Haldol sous forme de gouttes, on m'a dit verbalement de lui administrer Haldol par voie s.c. Je lui ai alors administré 3 fois 1/2 ampoule de Haldol (2,5 mg) au cours de la journée, au lieu de la dose initialement utilisée de 0,5 mg. La prescription écrite des médicaments a été faite chez Phönix environ 1 heure après la prescription orale. Cette erreur n'a été découverte que par l'équipe du soir, qui en a informé le médecin compétent. L'administration de Haldol s.c. a alors été stoppée. De plus, la patiente a été surveillée chaque heure au début et un ECG a été enregistré.»

## Commentaire des experts

Il est incontesté aujourd'hui dans les milieux professionnels que les erreurs survenant dans le cadre des soins médicaux sont souvent dues à des déficiences de la communication. Il est cependant beaucoup moins évident de trouver des approches efficaces pour éviter ces erreurs de communication. La communication fait partie de la vie quotidienne et semble fonctionner automatiquement. Chacun croit communiquer clairement, bien que nous soyons tous régulièrement confrontés à des malentendus. La communication a lieu sur plusieurs plans (celui des contenus, celui des processus et celui des relations inter-humaines) et nous utilisons différentes formes de communication (verbale, non-verbale, vocale) ainsi que divers moyens techniques (téléphone, Internet).

Au téléphone, par exemple, les messages transmis sont réduits à la communication de contenus (le discours lui-même) et à l'expression sonore (par exemple rythme, inflexions et mélodie de la parole). Les informations complémentaires de la mimique et de la gestuelle sont entièrement absentes et ne peuvent donc pas être interprétées par la personne à l'autre bout du fil. Une mauvaise qualité de son (par exemple avec des téléphones portables) peut créer un obstacle supplémentaire. Contrairement à la communication face à face, la communication par téléphone ne permet pas à la personne recevant une prescription d'observer à quels documents ou informations l'émetteur du message se réfère dans sa communication. Dans de telles situations, l'observation de règles simples de communication, comme par exemple la répétition de l'information reçue (*closed loop communication*<sup>[1]</sup>), peut réduire les erreurs de communication.<sup>[2, 3]</sup>

**Les prescriptions médicales par téléphone** et la délégation de tâches entre soignants par téléphone engendrent un risque considérable de malentendus. Elles peuvent donc compromettre la sécurité des patients et **doivent être évitées dans la mesure du possible**. La prescription de gestes médicaux diagnostiques et thérapeutiques relève de la responsabilité des médecins, tandis que le personnel soignant est responsable de l'exécution des tâches. Ces deux groupes de professionnels de santé doivent donc être intéressés à une transmission directement par écrit ou à une transmission téléphonique claire et

bien comprise des prescriptions médicales et de la délégation de tâches entre collègues.

Ces deux composantes de la communication – la transmission très claire du message et son interprétation correcte à la réception – sont les éléments centraux d'une compréhension établie en commun qui traduit fidèlement ce que l'auteur du message veut exprimer. Une prise en compte des conditions cadre présentes (par exemple facteurs parasites) et de l'environnement de l'interlocuteur (expérience, opinions) est également nécessaire pour un échange fructueux d'informations. Cela signifie que chacun des deux interlocuteurs doit avoir à l'esprit *avec qui* il discute et *dans quelles conditions cadre* cet échange a lieu (par exemple stress élevé après une opération d'urgence compliquée, plusieurs admissions de patients en même temps, situation de réanimation, etc.).

Des facteurs tels que

- des bruits de fond sonores,
- des états ou pensées dissipant l'attention (facteurs parasites physiques, physiologiques ou mentaux),
- des différences de dialecte, d'accent ou de prononciation,
- la discussion dans une langue qui n'est pas la propre langue maternelle,
- des médicaments ou procédures qui ne sont pas familiers ou
- des médicaments dont le nom ressemble à celui d'un autre médicament

peuvent conduire à des malentendus, des mauvaises interprétations et des erreurs de jugement. Ils peuvent donc rendre la communication trompeuse.

La communication téléphonique correcte entre professionnels de santé joue un rôle important pour la sécurité des patients. Les institutions internationales pour la sécurité des patients y travaillent depuis des années. Ainsi, la Joint Commission a déclaré en 2006 que la personne recevant une prescription verbale doit immédiatement la documenter par écrit et la répéter verbalement afin que l'auteur du message puisse en confirmer la compréhension correcte (principe du «*read-back/repeat-back*») avant que la prescription soit exécutée. D'autres organisations ont également publié des recommandations pour assurer la compréhension correcte de prescriptions trans-

## Commentaire des experts

mises par téléphone.<sup>[4, 5, 6, 7]</sup> Des directives pour le comportement au téléphone ont alors été implémentées dans les hôpitaux états-uniens, mais avec de grandes différences d'une institution à l'autre.<sup>[8]</sup>

Aucune initiative similaire pour améliorer les prescriptions téléphoniques n'est connue dans les hôpitaux suisses ou dans les hôpitaux des pays germanophones. L'application du principe de la répétition-confirmation de la prescription correctement comprise serait pourtant une mesure facile à mettre en œuvre dans la pratique. Les prescriptions téléphoniques sont encore beaucoup trop rarement confirmées, et elles ne sont jamais confirmées systématiquement. Le principe du «*read-back/repeat-back*» – selon lequel la personne recevant une prescription verbale doit la documenter immédiatement par écrit, puis la répéter verbalement pour que l'auteur du message puisse lui en confirmer la compréhension correcte – offrirait aux deux interlocuteurs une meilleure assurance d'avoir clairement transmis/compris le message.

C'est pourquoi, sur la base des directives internationales et en collaboration avec des spécialistes de différentes institutions de santé en Suisse, Sécurité des patients Suisse a développé les recommandations suivantes pour éviter des erreurs de communication lors de la transmission téléphonique de prescriptions et de constats d'examen. Dans ce cadre, la documentation écrite immédiate et la répétition du message pour permettre au prescripteur d'en confirmer la bonne compréhension (principe du «*read-back/repeat-back*») sont le standard minimal pour l'implémentation des règles de communication.

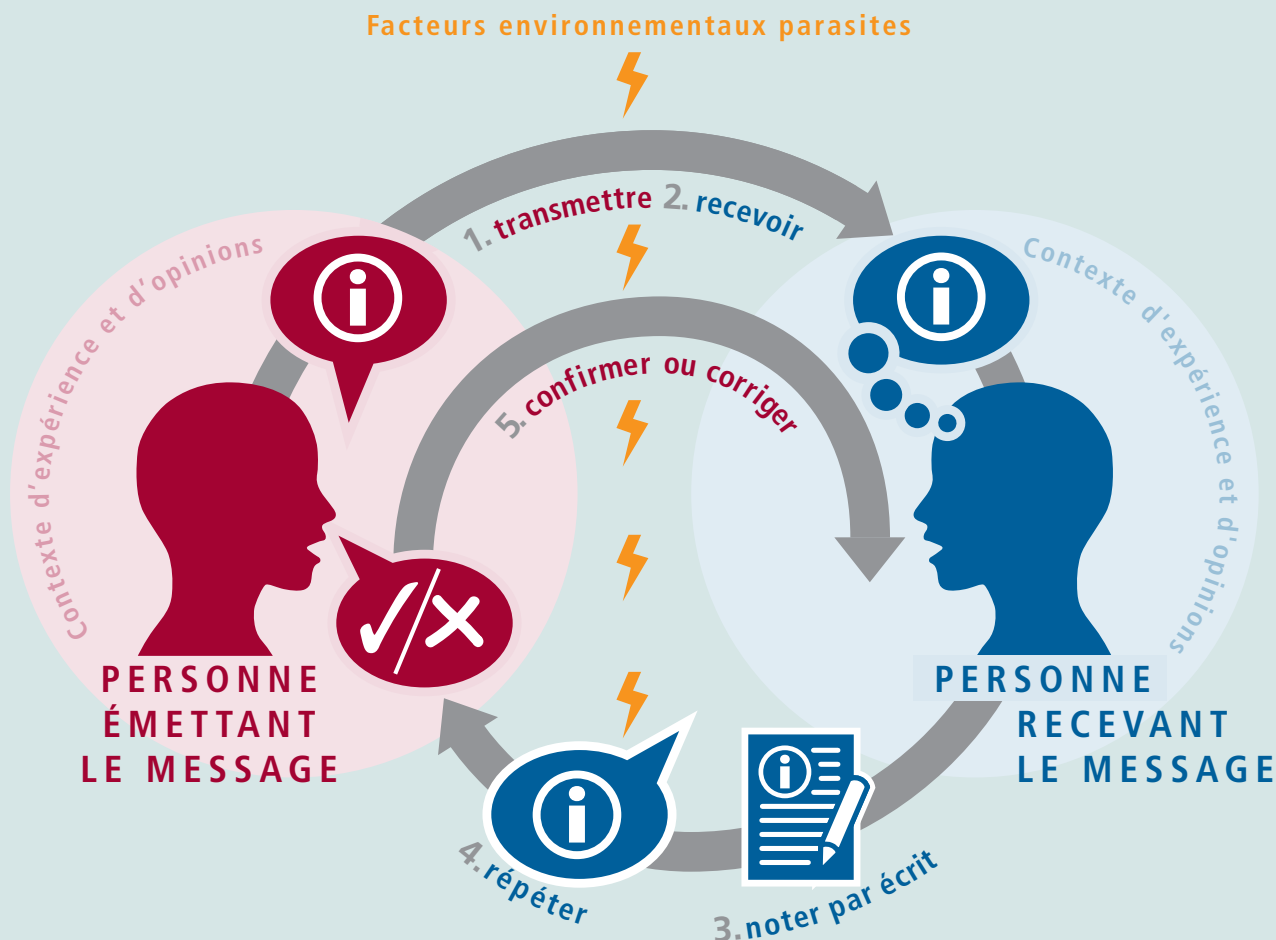
## Recommandations

### ATTENTION!

1. Les prescriptions verbales et les prescriptions téléphoniques ne sont admissibles que dans des situations exceptionnelles ne permettant pas de donner la prescription par écrit. Dans ces situations exceptionnelles, le principe du «*read-back/repeat-back*» doit être appliqué de façon systématique.
2. Les situations exigeant impérativement une prescription par écrit doivent fondamentalement avoir été prédéfinies par les responsables compétents de l'entreprise. Des prescriptions écrites sont recommandées dans les situations suivantes:
  - Prescription de médicaments chimiothérapeutiques
  - Prescription d'agents vasoactifs (sauf en cas d'indication vitale)
  - Prescription de mesures de routine dont l'exécution n'est pas urgente
  - Présence sur place du prescripteur et disponibilité de la documentation du patient en version papier ou en version électronique (mais dans le cas d'une indication vitale, le principe du «*read-back/repeat-back*» devient applicable!)

## Recommandations

### Principe du «read-back/repeat-back» élargi



**Pour la personne communiquant** une information/prescription verbale:

1. Être conscient des conditions cadre dans lesquelles la personne recevant le message se trouve (facteurs parasites potentiels, par exemple forte exposition au stress)
2. Prononcer clairement l'information/la prescription (si possible sans dialecte ou accent prononcé)
3. Laisser l'interlocuteur répéter l'information donnée/la prescription communiquée
4. Confirmer si la répétition de l'information/prescription était correcte, corriger si elle était incorrecte

**Pour la personne recevant** une information/prescription verbale:

1. Être conscient des conditions cadre dans lesquelles la personne communiquant le message se trouve (facteurs parasites potentiels, par exemple forte exposition au stress)
2. Noter immédiatement par écrit les informations reçues/la prescription communiquée
3. Répéter verbalement à l'interlocuteur les informations/la prescription qu'il avait communiquées
4. Lui faire confirmer l'exactitude des informations/de la prescription répétées

© Sécurité des patients Suisse

## Recommandations

### Recommandations pour les institutions de santé où la documentation des patients est sur papier

- Au début de chaque communication téléphonique: indiquer son nom, sa fonction, son unité de travail (service, département de l'institution etc.) et la raison de son appel. La personne appelée doit également indiquer son nom, sa fonction et son unité de travail.
- Lors de la réception d'une prescription verbale: documentation écrite immédiate dans la documentation du patient, avec indication du nom et du numéro de téléphone de la personne ayant appelé, afin de pouvoir la rappeler au besoin (la personne ayant reçu l'appel doit noter son nom, la date et l'heure de la prescription verbale et elle doit connaître la fonction du prescripteur).
- La documentation écrite immédiate de la prescription verbale ne **doit pas** être faite sur une feuille à part, vu que la transcription ultérieure dans le dossier est une source supplémentaire d'erreurs possibles.
- L'envoi d'un fax à la suite d'une prescription verbale peut offrir une sécurité supplémentaire.
- Confirmation de la prescription, en l'espace d'une rotation, par signature/paraphe du prescripteur ayant communiqué la prescription verbale.
- La prescription verbale d'un nouveau médicament doit toujours inclure les informations suivantes: nom, prénom et date de naissance du patient, nom complet du médicament, forme galénique (comprimés, capsules, solution, etc.), concentration, dose, fréquence d'administration, moment et voie d'administration (i.v., s.c., orale, etc.).
- Les noms de médicaments rarement utilisés ou inconnus doivent être épelés selon la méthode «A = Anatole»; «D = Désirée», etc.
- Les quantités doivent être exprimées chiffre par chiffre (par exemple «15 mg» → «un-cinq milligrammes», «20 ml» → «deux-zéro millilitres» ou «10,5 ml» → «un-zéro-VIRGULE-cinq millilitres»).
- Définition, spécifiquement pour l'entreprise, des médicaments qui ne doivent en aucun cas être acceptés dans le cadre d'une prescription verbale.
- Élaboration et mise en œuvre de directives/critères internes de l'entreprise pour la communication verbale/téléphonique de prescriptions (y compris ordre standardisé des informations concernant la médication, qualifications requises des soignants pour être autorisés à recevoir des prescriptions verbales et marche à suivre lors de prescriptions verbales dans des situations sans disponibilité de la documentation du patient).

### Recommandations pour les institutions de santé avec documentation électronique des patients

(ces recommandations s'appliquent de façon complémentaire aux recommandations ci-dessus pour les prescriptions verbales avec documentations de patients sur papier)

- Les prescriptions verbales dans les situations où une prescription écrite est impossible ne sont acceptables que lors d'une panne de la documentation électronique du patient ou dans des cas d'urgence (par exemple indication vitale). Sinon, les prescriptions ne sont exécutées qu'après leur inclusion par écrit dans la documentation du patient.
- Lors d'une panne de la documentation électronique des patients, la prescription reçue verbalement doit être notée immédiatement sur une feuille de prescription et être confirmée plus tard par l'auteur de la prescription.
- Les médicaments pour lesquels une prescription verbale est interdite doivent idéalement être marqués spécialement dans la documentation électronique du patient.
- Élaboration et mise en œuvre de directives internes de l'entreprise pour le cas d'une panne des documentations électroniques des patients, de sorte à connaître la marche à suivre concernant les prescriptions verbales.

## Littérature

1. Brown JP. Closing the communication loop: using readback/hearback to support patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2004;30:460-4.
2. Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol* 2004;121:801-803.
3. Boyd M, Cumin D, Lombard B et al. Read-back improves information transfer in simulated clinical crises. *BMJ Qual Saf* 2014;0:1-5. doi:10.1136/bmjqs-2014-003096.
4. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Medication Safety Alert! Instilling a measure of safety into those «whispering down the lane» verbal orders. January 2001. <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20010124.asp> (Zugriff: 12.09.2014)
5. Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the safety of telephone or verbal orders. Vol.3, No. 2 (Juni 2006). [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3\(2\)/Pages/01b.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3(2)/Pages/01b.aspx) (Zugriff: 17.01.2014)
6. Pennsylvania Patient Safety Authority. Sample policy on verbal/telephone orders. 2006. [http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal\\_orders/Documents/sample\\_policy.pdf](http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal_orders/Documents/sample_policy.pdf) (Zugriff: 17.01.2014)
7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP). Recommendations to reduce medication errors associated with verbal medication orders and prescriptions. February 2006. <http://www.nccmerp.org/recommendations-reduce-medication-errors-associated-verbal-medication-orders-and-prescriptions> (Zugriff: 17.01.2014)
8. Wakefield DS, Wakefield BJ, Despins L et al. A review of verbal order policies in acute care hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012 Jan;38(1):24-33.
9. West C, Franke RM. Miscommunication in medicine. (1991). In: N Coupland, H Giles, JM Wiemann (Eds.), *Miscommunication and problematic talk* (pp. 166-193). Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

## Auteurs et spécialistes ayant contribué à l'élaboration

- Frank Olga, Dr, Sécurité des patients Suisse
- Bachmann-Mettler Irene, directrice QM, hôpital d'Affoltern
- Egger Martin, Dr, MPH, CA adj., Clinique médicale, hôpital d'Emmental
- Friedli-Wüthrich Heidi, experte en soins infirmiers MNSc, directrice du développement des soins infirmiers, hôpital régional Emmental SA
- Hannawa Annegret, Prof. Dr, Assistant Professor of Health Communication, Institute of Communication and Health, Université de Lugano
- Hürlimann Barbara, experte en soins infirmiers MSN, Inselspital (hôpital universitaire) de Berne
- Langewitz Wolf, Prof. Dr, médecin-chef adj. et chef de service, maladies psychosomatiques, hôpital universitaire de Bâle
- Schwendimann René, PD Dr, directeur du secteur éducatif de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle
- Sommer Johanna Maria, Dr, directrice de l'UMPR (Unité de Recherche et d'Enseignement de Médecine de Premier Recours), Faculté de Médecine, Université de Genève
- Wesch Conrad, responsable des soins infirmier, unité de soins intensifs, hôpital universitaire de Bâle
- Wey Danny, directeur de l'unité de soins intermédiaires, Inselspital (hôpital universitaire) de Berne

## Ces recommandations ont été adoptées par les sociétés savantes/comités suivants

- Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM)
- Fédération des médecins suisses (FMH)
- Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK/ASI)
- Comité directeur du CIRRNET

## Remarque

Cette problématique a une importance qui dépasse le cadre régional. Merci d'en examiner la portée pour votre établissement et de veiller, le cas échéant en accord avec les organismes dont vous relevez, à ce qu'elle soit diffusée de manière ciblée et, si nécessaire, à un large public.

Les présentes recommandations visent à sensibiliser et à soutenir les institutions de santé et les professionnels actifs dans le domaine de la santé pour l'élaboration de directives internes à leur établissement. Il incombe aux fournisseurs de prestations d'examiner les recommandations dans leur contexte local et de décider si elles revêtent un caractère obligatoire ou si elles doivent être modifiées ou rejetées. La forme spécifique et l'application à chaque cas selon les mesures de précaution applicables (en fonction des conditions locales sur le plan technique, entrepreneurial, légal, personnel et de la situation) relèvent exclusivement de la responsabilité des prestataires compétents.

Link 4. <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20010124.asp>

Link 5. <http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3%282%29/Pages/01b.aspx>

Link 6. [http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal\\_orders/Documents/sample\\_policy.pdf](http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal_orders/Documents/sample_policy.pdf)

Link 7. <http://www.nccmerp.org/recommendations-reduce-medication-errors-associated-verbal-medication-orders-and-prescriptions>