Le Congrès
Médecins. Conférence d'Actualisation
© 2014 Sfar. Tous droits réservés.

La transmission médicale en Réanimation

Sophie Nebout (1), Aïcha Kassoul (2), Didier Journois (2)

[1]*Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Louis Mourier, Colombes*
[2]*Service d'Anesthésie-Réanimation, HEGP, Paris.*

Correspondance : d.journois@invivo.edu

Points essentiels

- Une transmission a pour seul rôle de transmettre des informations brutes ou élaborées sous une forme optimisée. Elle doit être bien individualisée du reste de l'exercice médical au sein du processus de soins continus. Il convient d'éviter de l'insérer dans les staffs ou autres réunions de réflexion collégiale à propos du patient.
- La professionnalisation de la transmission la fait passer du domaine de la compétence personnelle à celui de la compétence collective et est de nature à réduire les effets secondaires aux interactions interindividuelles. La transmission est un temps d'échange qui doit être facilitateur et coopératif.
- La transmission est actuellement une culture de terrain qui s'acquière davantage par mimétisme qu'à l'issue d'une réflexion pédagogique argumentée. Développer une culture de transmission au sein du service permet à chacun de leur reconnaître un rôle structurant et déterminant de la qualité de la prise en charge des patients alors que le schéma antérieur se limitait souvent à « connaître les malades ».
- La fatigue et la tension induite par la crainte d'une omission sont des constantes et constituent un stress pour l'équipe descendante ce qui justifie la bienveillance et l'assistance constructive de l'équipe montante.
- L'alternance de points de vue différents peut résulter de l 'alternance des équipes en cas de manque d'écoute. Les uns adoptant un contre-pied des autres. Ce phénomène, résultant de mauvaises transmissions génère des difficultés de prise en charge des patients ainsi que des conflits.
- La volonté d'améliorer la qualité de ses transmissions nécessite d'abandonner les schémas professionnels assimilant la compétence à la capacité de travail soutenu et prolongé. Les temps de travail doivent être réfléchis au préalable (charge de travail quotidienne et hebdomadaire, durée du travail continu (d'affilé), etc.)
- Les termes de jargon et les images doivent être évités afin de faire en sorte de ne transmettre que des éléments factuels dont la synthèse au sein d'un concept médical doit être absolument prouvée.
- Utiliser oralement les temps adaptés à l'exposition des faits. Passé, présent et futur ont leurs indications respectives.
- La transmission idéale s'attache à « transmettre exclusivement les informations qui seront utiles ». N'ayant pas les moyens de prévoir ce qui sera utile les méthodes de transmissions recommandées s'attachent : 1) à cerner les informations qui ont la plus forte probabilité de l'être ; 2) à éviter les oublis et les biais d'expression des informations importantes.
- Compte tenu du faible investissement jusque-là réalisé dans le domaine des transmissions, il est vraisemblable que la plupart des tentatives d'amélioration améliore de façon sensible l'existant.

Introduction

La transmission, qu'elle soit médicale ou infirmière, est un aspect de plus en plus reconnu comme essentiel à la qualité de l'exercice en réanimation. Jusqu'à une époque récente, l'importance des transmissions était perçue, mais la question de leur qualité n'était évoquée qu'en cas de survenue d'une erreur leur étant clairement imputable. La tendance actuelle est de leur reconnaître un rôle plus important qu'il n'y paraissait jusque-là, tant dans la qualité de l'organisation, quand elles sont performantes, que dans la genèse d'effets indésirables dans le cas contraire. La conséquence de ces nouvelles conceptions est de favoriser le travail de la composition et de l'organisation des transmissions afin d'en améliorer la fonctionnalité.

Définitions

Les "transmissions" désignent l'ensemble des moyens de communication médicale spécifiquement destinés à transférer les informations portant sur un patient, d'un membre de l'équipe soignante vers un autre. Cette opération s'inscrit en général dans l'objectif d'assurer la continuité des soins apportés aux patients et est justifiée par la nécessité d'organiser un relais entre les soignants. Par convention on désigne comme équipe « descendante » celle qui quitte son poste et transmet à l'équipe « montante » qui est donc celle qui prend son poste de travail. Les transmissions peuvent se faire d'équipe à équipe et/ou de personne à personne selon les circonstances. On utilisera alternativement les termes d'équipe, de réanimateur(s), d'opérateur(s) pour désigner la ou les personnes concernées par le processus dont il s'agit d'assurer la transmission. La neutralité de ces appellations s'explique par le travail réalisé dans le domaine de la transmission majoritairement dans le monde industriel (1). Enfin au plan légal, la transmission représente un transfert de responsabilité entre les participants.

Les diverses transmissions

Nous vivons quotidiennement de très nombreuses situations de transmissions sans toujours nous en rendre pleinement compte. Celles-ci sont en outre de natures très différentes. Alors que les transmissions des soir et matin paraissent être les principales, on doit aussi considérer les transmissions de prescriptions entre médecins et IDE, les « petites transmissions » avant d'aller déjeuner ou de se rendre à une réunion, etc. D'autres situations de transmission ne sont pas systématiquement quotidiennes telles que les transmissions après un congé lesquelles peuvent être de durées variables. Citons un week-end où plusieurs patients hospitalisés sont en général toujours présents, une semaine de vacances où la plupart des patients sont nouveaux pour l'opérateur montant où enfin le congé de longue durée (grossesse, changement temporaire d'activité) où les habitudes et protocoles de la réanimation ont pu changer. Enfin deux transmissions très particulières doivent être évoquées :

- L'arrivée d'un patient par l'intermédiaire d'une équipe de réanimation extrahospitalière (SMUR).

On verra plus loin que les modèles communs sont, hormis dans les petites villes, réduits aux standards médicaux nationaux ce qui est fréquemment à l'origine de conflits larvés.

- La sortie d'un patient de réanimation où la transmission sous forme d'entretien téléphonique, de compte-rendu ou d'ordonnance a tendance à ne pas tenir compte des habitudes de prescription du service d'accueil et y nécessitera une « traduction » par le médecin local.

Les objectifs

Le but de la transmission est d'assurer la continuité des soins et de permettre la prise de décisions ultérieures éclairées. Cet échange, limité dans le temps, doit aboutir à une compréhension commune, entre les différents intervenants. Cette compréhension inclut plusieurs dimensions telles que l'histoire du patient et ses particularités, les évènements qui se sont déjà produits, ceux qui sont attendus ou susceptibles de se produire. Il convient d'y adjoindre l'organisation des différentes tâches prévues.
La transmission doit permettre au soignant « descendant » de délivrer une information optimale au soignant « montant », afin qu'il poursuive la prise en charge des patients de manière adaptée et préparée à l'occurrence d'une éventuelle évolution. De ce fait, si la transmission implique la communication d'informations entre les participants, elle est aussi plus qu'un simple transfert passif d'information. La transmission ne s'arrête que là où commence le « staff patient » destiné à élaborer des stratégies de façon collégiale. Cette frontière difficile à cerner explique sans doute la fréquence des réunions de transmission débordant sur leurs objectifs.

Les principes fondamentaux

Un mal nécessaire

Les transmissions sont les conséquences évidentes des processus continus. La directive 2003/88/CE du Parlement européen stipule que le temps de travail hebdomadaire d'un médecin ne peut excéder 56 heures, sans par ailleurs excéder 24 heures consécutives. Il apparaît alors inévitable qu'au sein d'un service, au moins une transmission médicale ait lieu quotidiennement. Une prise en charge non continue des patients (consultations par exemple) pose beaucoup moins de questions de transmissions, voire pas du tout. La transmission représente donc le compromis entre des périodes de travail plus longues qui réduisent le nombre de phases de transition et la fatigue qui réduit à la fois qualité de vie professionnelle et qualité du travail. Cela dit, au sein de bornes jugées acceptables, on doit remarquer que travailler en 2 fois 12 heures fait gagner une transmission par rapport à 3 fois 8 heures et réduit donc de 50 % le risque inhérent à cette phase cruciale du processus continu. La mesure exacte des bénéfices et des risques d'une durée de travail courte comme de la multiplication des transmissions est donc un argument à intégrer lors de la décision d'organisation du travail.

Un modèle partagé

Les ergonomes qui ont défriché cette thématique dans le monde industriel insistent sur le fait que transmettre c'est « partager un modèle », une représentation commune entre les équipes descendantes et montantes (1). Ce modèle est forgé par les informations transmises, mais repose en grande partie sur des éléments qui ne sont pas énoncés lors de la transmission et qui relèvent d'une

culture commune acquise par la formation de terrain, initiale ou continue, et par la culture commune développée au sein du poste de travail (1). À titre d'exemple il est surprenant de constater à quel point certaines phases de transmissions peuvent se résumer à quelques mots clés, attitudes, ton de parole, entre des professionnels habitués à travailler ensemble. On comprend aussi, et on mesure au travers de RMM, que cette économie représente à la fois une grande richesse et de véritables risques si un événement était de nature à faire figure d'exception dans le modèle partagé.

Une phase d'échanges

Un autre point qui mérite d'être souligné à propos des transmissions est l'importance de l'échange. Alors que l'on pourrait penser que la transmission est un simple exercice unilatéral d'émission, une « livraison » d'informations. Ces échanges se divisent en deux phases complémentaires impliquant les deux parties concernées :

- L'opérateur descendant doit percevoir les attentes de l'opérateur montant. C'est une phase qui requiert un effort d'attention et une recherche de notions clés s'inscrivant dans un langage commun, dans une culture commune. C'est la verbalisation d'un authentique « modèle » commun forgé par la connaissance commune des contextes. Malgré les apparences il s'agit bien déjà là de la première phase d'un échange.
- L'opérateur montant doit aider à la transmission et il peut le faire en posant des questions facilitatrices ou même contradictoires à la condition qu'elles soient constructives (2). Sa bienveillance, quasi empathique, a pour objectif d'aider l'opérateur descendant à donner le meilleur de lui même dans la situation de fatigue et de stress dans laquelle il peut se trouver. Un danger est que l'opérateur descendant adopte la solution de moindre coût et nie cette tension. Cette attitude est la porte ouverte à différentes catégories d'occultations de domaines d'informations à transmettre qui seront envisagées plus loin.

Une communication sur mesure

Bien que n'ayant pas été spécifiquement formés à la transmission, la plupart des professionnels qui assurent des transmissions ressentent les particularités d'une situation spécifique et trouvent le moyen de s'y adapter d'une façon qui leur paraît satisfaisante. C'est par exemple ce qu'illustre le travail de Grusenmeyer qui a étudié, dans le monde de la sidérurgie lorraine, les différences de transmissions selon que l'absence du professionnel montant avait été courte, intermédiaire ou longue (1). Lors d'une absence courte, l'opérateur montant se laisse guider pour s'informer des modifications survenues. Il réactualise sa représentation du processus. Après une longue absence, l'opérateur montant se laisse guider pour se construire une nouvelle représentation de la situation. Après une absence de durée intermédiaire, on observe un échange interactif entre les deux opérateurs, car l'opérateur descendant ne connaît pas nécessairement la dernière situation rencontrée par son collègue.

Le langage

Le langage est l'outil principal de la transmission en réanimation. Les années de formation initiale médicale favorisent une connaissance éclairée du champ lexical médical, partagée, à priori, par

l'ensemble du personnel médical, à fortiori au sein d'une même spécialité. Dans ces conditions, l'outil verbal semble adapté à l'expression du « modèle partagé ». Cette communication verbale est néanmoins relativement complexe en matière de transmission, car alors que les antécédents ou l'histoire de la maladie correspondent à des informations acquises et statiques aisément descriptibles, les problématiques en cours d'évolution sont riches d'hypothèses, de doutes et de projections de modèles préétablis. L'opérateur descendant devrait donc choisir des mots précis pour désigner des concepts vagues qui doivent de surcroit le rester jusqu'à preuve de leur validité. On comprend qu'une étiquette peut à tort être collée au patient par une transmission de concepts. Certains termes attirent cette confusion tant ils sont polyvalents et pardonnent l'approximation : « patient choqué», « patient se dégradant », « bonne fonction VG », etc. Pire encore : le jargon médical qui attise la sympathie confraternelle et introduit une convivialité carabine dans la transmission (« le patient dévisse », « le rein va pas top », « son cœur est à genou »). Ces expressions imagées et douées de vertus appréciées en littérature du fait de leur capacité à stimuler des champs imaginaires sont à proscrire pour les mêmes raisons : une transmission doit transmettre des informations fiables se référant à des modèles médicaux acquis et éviter à tout prix d'évoquer des concepts imaginaires propres à chaque individu (3).
La recommandation qui en découle est évidemment de bannir ces formes de langage et de faire en sorte de ne transmettre que des éléments factuels dont la synthèse au sein d'un concept médical doit être absolument prouvée.

La fatigue

La potentielle **fatigue** de l'équipe descendante est une constante de la transmission de réanimation. Elle rend plus difficile la mémorisation, le tri, la synthèse et la critique des informations énoncées. On sent que l'adoption d'un canevas strict, tel qu'évoqué plus bas, peut partiellement aider la mémorisation. Une autre constante de la transmission est, en principe, l'absence de fatigue de l'équipe montante. Il en résulte des schémas mentaux tout à fait différents, voire opposés. Là où l'équipe descendante pense être lucide, bien que plutôt pessimiste, l'équipe montante est souvent utopique et plutôt optimiste. Une bonne approche en équipe des transmissions doit mettre à profit ce phénomène plutôt que de l'utiliser comme moteur de conflit. Ce phénomène est bien entendu aggravé si un élément de la prise en charge de l'équipe descendante est jugé non approprié, car le changement d'attitude apparaît alors comme nécessaire et ce qui est vécu comme une erreur peut favoriser une remise en question plus large qu'il n'est justifié. Le risque est alors que l'équipe montante impose une nouvelle prise en charge de l'un ou des patients sans tenir compte ou même en se situant à contre-courant du point de vue antérieur conduisant cette prise en charge à progressivement osciller. La situation est sans doute fréquente quand des faits subjectifs sont impliqués dans les décisions comme au cours des questionnements éthiques.
Il est bien évident que la crise démographique et la faible importance accordée à la qualité médicale ne sont actuellement pas en faveur de démarches de ce type. En 2014, on sait que le repos de sécurité n'est pas encore systématiquement appliqué dans de nombreuses disciplines et il persiste des organisations basées sur des temps de travail supérieurs à 12-24 heures, des séquences de gardes multiples dans la même semaine, des week-ends entiers de travail, etc. Il est probable que la correction de ces anomalies d'organisation soit prioritaire sur la réflexion poussée de la méthodologie de transmission. Néanmoins, une connaissance partagée des grands principes et mécanismes de la transmission est sans doute plus facile à mettre en œuvre que les lourdes et couteuses réformes qui

permettraient de changer l'exercice actuel de la profession de réanimateur.

Le stress

Le **stress** est une dimension différente, mais complémentaire de la fatigue. Contrairement à la fatigue, le stress peut être en partie contourné soit par un travail préparatoire qui va contribuer à améliorer la qualité de la transmission soit par des attitudes d'évitement individuelles qui, elles, risquent de dénaturer la qualité de la transmission (1,2,4). Dans le domaine des transmissions le stress résulte de diverses causes qui peuvent s'associer.

Types de stress

Le **stress lié à l'environnement** comme les interruptions de transmission par des appels téléphoniques, une gêne liée au bruit, l'accessibilité difficile d'informations nécessaires, etc. Ce stress peut et doit être prévenu par des démarches structurelles et d'organisation. Par exemple il est possible de définir qui intervient auprès des patients en cas d'urgence en fonction du stade de la transmission (5).

Le **stress personnel** n'est pas à négliger, arriver en retard pour prendre la transmission ou devoir la quitter rapidement après une garde en raison d'autres occupations sont à l'évidence des facteurs de risque pour la qualité de la transmission. En dehors des situations accidentelles il est possible de réduire l'incidence de ce phénomène par le développement d'une culture de transmission au sein du service et en se dotant d'un temps et d'un lieu adaptés pour les réaliser de façon à ce que le temps de transmission ne puisse pas apparaître comme compressible (5).

Le **stress « hiérarchique»** est secondaire à l'existence d'une différence hiérarchique entre équipes descendante et montante quelle qu'en soit la nature (ancienneté, titres, expérience, connaissances, dépendance pédagogique, etc.). La nécessité pour l'opérateur descendant d'apparaître à la hauteur de sa position dans cette hiérarchie (au-dessus éventuellement) ajoute une contrainte qui est de nature à déformer à la fois le contenu et la forme de la transmission (2). Il est également clair que les attitudes critiques, telles qu'on les voit parfois en milieu universitaire, n'ont pour effet que de pousser l'opérateur descendant dans une solution de repli évitant tout risque d'émission d'information critiquable. Il en résulte soit une transmission partielle soit, et c'est le plus fréquent, une excellente présentation de toutes les informations, mais n'ayant qu'un intérêt limité pour l'élaboration du modèle commun nécessaire à la transmission (antécédents, traitement, mode de venue, histoire de la maladie, etc.). Ces informations, bien que requises pour le dossier médical, ne sont pas pour autant des éléments essentiels de la transmission.

En pratique, plutôt que d'alimenter le mythe du surhomme ou du médecin-soldat qui à l'issue de sa garde transmettrait tout ce qui est requis avec élégance et efficacité, les évolutions de l'analyse des postes et des processus issues des domaines industriels dont les missions sont critiques (aéronautique, nucléaire, etc.) nous incitent à promouvoir les démarches de transmissions coopératives et facilitantes pour ceux qui, à l'issue de leur mission, doivent encore assurer cet ultime travail.

Le **stress professionnel** est lié à la charge de travail clinique ou organisationnel. Il est donc lié à la fatigue, mais peut compromettre le bon déroulement de la transmission en réduisant l'attention qui lui est portée du fait d'autres préoccupations cliniques. La méthode correctrice idéale est alors de réussir à confier la charge clinique à des collègues non impliqués dans la transmission pour lui permettre de bien

se dérouler.
Le **stress lié à l'équipe** résulte des positions psychologiques respectives de chacun au sein de l'équipe. Ce phénomène est bien connu au sein de tous les groupes professionnels ou non ainsi que toutes les équipes de réanimateurs, mais son implication dans la dégradation de la qualité des transmissions l'est sans doute moins. Il est clair que ceux qui « ne se parlent pas » risquent de très mal assurer leurs transmissions tout comme ceux qui sont « très proches », car leurs vues communes peuvent éclipser ce que d'autres auraient transmis sans cette proximité. En pratique les cas les plus fréquents se situent entre ces deux extrémités avec toutes les variantes thématiques possibles. On perçoit que seule la professionnalisation de la transmission, qui la fait passer du domaine de la compétence personnelle à celui de la compétence collective, est de nature à réduire les effets secondaires aux interactions interindividuelles (2,4,6,3).
Le **stress de l'équipe montante** est observé aux prises de fonction d'opérateurs débutants dans la fonction. Il est marqué par la fragilité des modèles professionnels préétablis de transmission relégués derrière des modèles acquis au cours de la formation. Ces situations justifient le passage par une période de supervision préalable à la séniorisation au cours de la formation. Ce stress de débutant est aussi celui ou une authentique part d'inquiétude voire de peur est susceptible d'interférer avec la transmission (1).

Conséquences du stress

Chacune de ces situations de stress est perçue par l'opérateur descendant et est susceptible d'altérer son comportement. Dans le cadre d'un dispositif de transmission élaboré il est possible que ce stress devienne stimulant, mais cela n'a pas été démontré à ce jour. En revanche, quand une grande liberté est laissée au dispositif de transmission les stress sont susceptibles d'engendrer des stratégies de contournement dont l'opérateur n'a en général pas conscience (6). Ce contournement repose sur l'évitement : un sujet vécu comme générateur de stress n'est pas abordé ou sur une recontextualisation : les sujets délicats sont évoqués, mais de telle façon que l'approfondissement ne peut pas se faire sans approche systématique de la transmission (phrases du type : « comme on a vu hier », « pas de gros changement », etc .) (6).

Conséquences des erreurs de transmission

En 1999, une organisation américaine indépendante à but non lucratif ayant pour objectif de fournir des conseils sur la politique de santé (*Institute Of Medicine)*, a mis en évidence que 98000 patients décéderaient chaque année dans les hôpitaux américains suite à des erreurs médicales (7). Or, Seifert *et al*. (8) ont récemment observé que 80 % des erreurs médicales seraient liées à des erreurs de communication incluant les déficits de transmission. Ainsi, lorsqu'elles sont mal conduites, les transmissions pourraient avoir de lourdes conséquences sur la prise en charge des patients (9,10). Les différents obstacles à une transmission efficace décrits précédemment peuvent ainsi conduire à des omissions de tâches de soins ou à des inexactitudes (9), elles-mêmes conduisant à une inefficacité des soins, à la répétition d'examens, à la réalisation d'examens inutiles (11) voire à des réhospitalisations évitables (12,13). Dans le domaine chirurgical il apparaît de façon similaire au sein d'une revue de 146 erreurs que 41 d'entre-elles (28 %) étaient liées à des erreurs de transmission (14). Par ailleurs, la discontinuité de soins induite par ces erreurs de communication est également responsable d'une

majoration des complications intrahospitalières (15). Ces données sont concordantes avec celles rapportées par Borowitz *et al*. où la qualité perçue, par les internes de garde, des transmissions qui leurs avaient été faites s'est avérée moins bonne les nuits où des évènements indésirables s'étaient produits par rapport à celles où aucun événement indésirable n'avait été rapporté (16).

La situation française : Transmit 1

Une enquête prospective observationnelle (Transmit 1) a récemment été réalisée sous l'égide du Comité d'Analyse et de Maitrise du Risque de la SFAR. Son objectif était de décrire les pratiques de la transmission médicale dans les différents services de soins intensifs français. Un total de 424 réanimateurs a répondu à un questionnaire en ligne, représentant les services de soins intensifs de 214 villes françaises différentes. Cette exhaustivité suggère l'intérêt que les réanimateurs portent au sujet de la transmission. L'enquête a permis de réaliser un état des lieux à confronter aux recommandations issues d'études internationales et donc d'identifier les principaux gisements d'amélioration à proposer en priorité. Ses résultats sont cités dans le suite du texte pour illustrer les différents thèmes abordés.

Organisation

La majorité des professionnels de santé ne reçoivent à l'heure actuelle aucune formation spécifique à la transmission au cours de leur formation initiale (17). De ce fait une très grande liberté est laissée aux cliniciens pour réaliser les transmissions de façon essentiellement instinctive ou guidée par les évènements indésirables rencontrés. Différents facteurs favorisant la qualité des transmissions en matière d'organisation ont néanmoins été rapportés.

Les conditions de travail

Comme évoquées plus haut, les conditions de travail peuvent constituer une limite à la qualité des transmissions comme des autres tâches. Les moments critiques, soulignés par les RMM, impliquant des anomalies de transmission, sont ceux où leur réalisation correcte devient difficile. Il s'agit en particulier des week-ends, vacances et périodes de surcharge d'activité clinique (20,21). Ces obstacles sont certainement, à l'heure actuelle, les plus fréquents et les plus difficiles à combattre, mais ce constat incite à améliorer les autres facteurs de qualité qui sont eux plus accessibles à un progrès rapide.

Obstacles matériels

La transmission est un exercice difficile qui requiert une bonne concentration de la part de tous les participants y compris de ceux qui sont fatigués. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'importance d'un local adapté permettant l'isolement spatial, phonique et fonctionnel du reste de la réanimation (5,20). Cet isolement, qui immobilise de nombreuses ressources, doit être le plus court possible tout en restant efficace. Cette notion justifie une fois de plus la nécessaire optimisation du

contenu des transmissions. Une organisation peut parfois être établie entre professionnels pour organiser la prise en charge des appels téléphoniques pendant la séance ainsi que la délégation sans délai des ressources en cas de nécessité, sans systématiquement conduire à l'interruption de la transmission (18). En ce qui concerne la transmission du matin, selon Transmit 1, une organisation permettant la l'absence d'interruption était présente dans 144 cas (34 %) et consistait en un isolement collectif dans 121 cas (29 %), les actions étaient confiées à un tiers dans 15 cas (4 %) et une autre organisation était prévue dans 8 cas (2 %). Dans 199 cas (47 %), aucune organisation n'était prévue. La transmission du soir elle a plutôt lieu au lit du patient (260 cas, 61 %), dans un bureau ou salle de réunion dans 66 cas (16 %) et dans un autre lieu dans 17 cas (4 %). La cohabitation des deux méthodes le même jour pourrait permettre de bénéficier des avantages respectifs des deux méthodes, mais soumet le réanimateur de garde à une transmission sans isolement.

Barrières de communication

Une culture établie en commun semble être un préalable requis à l'optimisation des transmissions. Elle permet alors de réduire les risques de dispersion de la réunion en particulier vers des débats sur la prise en charge des patients ou à l'extrême vers des considérations médicales générales. La désignation d'un modérateur de séance permet de contrôler le respect du protocole (18). Il est évidemment préférable, pour réduire le risque de divergence d'appréciation de l'état des patients, que chacun soit présent et que chacune des professions de la réanimation soit au minimum représentée.
Les supports standardisés de transmission sont largement recommandés justifiant la question de savoir ce qu'ils doivent précisément contenir. Au cours de transmit 1 dans 94 cas (22 %) aucun document n'était utilisé. Il semble que les prises de notes manuelles comportent régulièrement des oublis ou des erreurs (19) et les transmissions basées uniquement sur ces notes sont la source d'erreurs et de malentendus (20,21). De même, les transmissions réalisées sur un mode uniquement verbal se révèlent largement insuffisantes, et ne permettent la mémorisation que d'une faible proportion des informations disponibles (20,21).

Le contenu

Puisque le contenu de la transmission nécessite d'être optimal, la notion «d'optimal » ici désignée mérite d'être précisée et l'analyse de l'existant montre qu'il existe une très grande variabilité entre les réanimations, les disciplines et moment de la journée ou de la semaine considéré.

L'exhaustivité

On pourrait penser que la qualité de la transmission sous-entend son exhaustivité. L'abondance de l'information serait alors considérée comme le reflet de la qualité de son contenu. En milieu universitaire cette tendance est fréquente, car pédagogues comme élèves cèdent volontiers à la tentation d'une accumulation encyclopédique des détails de la vie et de la prise en charge du patient. Ce travail, parce que méritant, est alors considéré de façon très favorable par tous, car il est le témoin d'une maitrise du dossier médical. Cependant les objectifs des transmissions sont différents et on peut opposer à cette conception celle développée par Beach *et al.* (22) qui soutient que, parmi un déluge

d'informations, certaines risquent de s'avérer inutiles et que leur exposition serait alors de nature à diluer celles qui sont véritablement pertinentes. En outre la probabilité de maintenir l'attention de ses interlocuteurs est faible dès lors que des notions, considérées à tort ou à raison comme accessoires sont exposées. Ainsi, en matière de performance de la transmission d'informations, l'accumulation peut aussi incarner l'excès, alors source potentielle de confusion.

Formes d'exposé

Certains artifices communément employés méritent que chacun en connaisse les forces et les limites.

L'exposé chronologique

L'exposé chronologique de la prise en charge du patient est davantage captivant pour l'auditoire que la simple énumération des diagnostics et des traitements mis en œuvre. Il permet de faire valoir les choix réalisés et donc de les justifier ainsi que de mettre en valeur les séquences de prise en charge dont le réanimateur est satisfait. Pour ces raisons il est souvent spontanément employé par les jeunes réanimateurs en position de se justifier, mais on devine aisément que la cohérence de l'exposé, semblable au déroulé chronologique du livre ou du film auxquels nous sommes habitués, peut facilement omettre des pans entiers d'informations factuelles qui ne s'insèrent pas dans la cohérence de l'action relatée. Cet argument est principalement mis en avant pas les adeptes de la systématisation de la transmission autour d'un cadre préétabli qui laisse moins de place à la créativité, mais réduit le risque d'une sélection des seules informations adaptées au récit entrepris.

Les temps grammaticaux inadaptés

Aux confins de la littérature, relater le passé au présent ou au futur tel que les comptes rendus opératoires du siècle dernier le faisaient, rend l'exposé de la transmission sans doute plus littéraire et la sensation de maitrise de la situation par le réanimateur descendant plus importante. Cette façon de flatter l'esthète pousse néanmoins à relater des faits accessoires en position d'en faciliter la mémorisation au même niveau que celle des faits essentiels. En outre un authentique risque de confusion est introduit : les expressions « le patient est mis sous héparine » ou « le patient sera mis sous héparine » veulent-elles dire que le patient « a été mis sous héparine » et qu'il ne l'est plus ou qu'il reçoit ce traitement depuis ce moment et donc le reçoit toujours actuellement ou encore qu'il faudra penser à le faire à un moment donné et non précisé ? Il paraît bien plus raisonnable de transmettre de façon factuelle en usant des temps pour ce à quoi ils sont destinés : préciser les chronologies (23).

La sélection d'informations

Toutes les données disponibles concernant le patient sont théoriquement transmissibles. Le bon sens nous indique que cet enjeu est irréaliste ne serait-ce que par manque de temps et par risque de noyer l'important dans le détail. Une sélection des informations s'impose donc en fonction de leur degré de pertinence. Cependant ce « degré de pertinence » n'est pas bien connu à l'heure actuelle et les modalités de cette sélection, pourtant nécessaire, sont difficiles à déterminer (4).

Avec l'avènement des systèmes d'information l'ensemble des informations devient disponible et la question pour le clinicien cesse de se concentrer sur l'acquisition et le transfert de l'information, mais bien sur la mise en évidence des informations importantes de façon brute ou synthétique. Il est probable qu'à l'image de l'aéronautique, les générations futures de logiciels de réanimation nous aideront à réaliser cette synthèse au-delà de la situation actuelle qui, dans le meilleur des cas, propose l'exhaustivité sous une forme ergonomique.
Les critères de sélection résultent d'un cahier des charges simple et qui tient en une courte phrase : « transmettre exclusivement les informations qui seront utiles ». N'ayant pas les moyens de prévoir convenablement ce qui sera utile les méthodes de transmissions les plus élaborées s'attachent à ce jour à cerner les informations qui ont la plus forte probabilité de l'être. Même si il s'agit de l'enjeu principal du futur de la recherche sur les transmissions, la faible reconnaissance de l'importance des transmissions, la disparité de leurs méthodes et l'inconstance de leur qualité à l'heure actuelle font que la détermination de la sélection optimale des informations n'est pas actuellement prioritaire. Nos efforts doivent préférentiellement s'attacher à éviter les oublis et les biais d'expression des informations importantes. Les sélections proposées en termes de stratégies de transmission s'inscrivent donc dans cette démarche.

Les stratégies

De nombreuses initiatives ont été entreprises dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des transmissions au sein des structures de soins (24). Lorsque l'on étudie les processus de transmission d'informations dans des secteurs à haut risque tels que l'aérospatiale (4), les centrales nucléaires (25) ou les chemins de fer (25), il est possible d'extraire 21 mesures générales communément répandues dans ces secteurs afin de sécuriser le processus de transmission inter-équipe (6). En 2006, *The Joint Commission*, une organisation américaine à but non lucratif chargée d'évaluer la qualité organisationnelle des soins, a créé un comité chargé d'apporter des solutions pour améliorer la sécurité des transmissions. Ses recommandations, peu ambitieuses, mais pertinentes, ont insisté sur la nécessité d'uniformiser et de standardiser les processus de transmission d'informations médicales et a proposé l'utilisation de l'acronyme *SBAR* (Situation – Background – Assessment - Recommandation) pour en normaliser le contenu :

- **Situation** : identification du patient.
- **Background** : motif d'admission, histoire récente de la maladie, diagnostic à l'admission, date d'admission, procédures antérieures, traitements actuels, allergies et résultats d'examens complémentaires pertinents.
- **Assessment** : examen clinique et évaluation des anomalies relevées.
- **Recommandation** : suggestions claires, précises et factuelles sur les décisions attendues.

Malgré cet effort, l'adhésion des équipes médicales à ces recommandations semble être restée très limitée, (26) mais plus de 140 stratégies différentes d'amélioration des transmissions ont été décrites à sa suite (27). Les outils utilisés sont variables, allant de l'utilisation de formulaires imprimés (28) ou de moyens mnémotechniques (5,29,30), jusqu'à l'utilisation de formulaire en ligne à remplir, de *checklist* et autres outils informatiques, en passant par des sessions de formation des praticiens de santé à la communication (31). Bien que différentes par leur contenu, notamment par le fait qu'elles interviennent

au sein de spécialités médicales différentes avec leurs spécificités propres, toutes ces stratégies incluent les notions suivantes :

- La **standardisation**. Par le biais de formulaires, de moyens mnémotechniques, ou bien en imposant des transmissions face à face selon un ordre de sous-parties prédéfinies.
- L'amélioration des **compétences de communication** par l'introduction de programmes de formation.
- Le **contrôle environnemental**, notamment grâce à l'attribution d'un lieu dédié à la transmission, à l'utilisation de stratégies visant à la réduction du bruit environnant ou de la fréquence des interruptions.

En 2012, face à cette diversité et afin de clarifier les bonnes pratiques recommandées, *The Joint Commission* a proposé une stratégie globale d'amélioration des transmissions résumée sous l'acronyme **SHARE** correspondant aux recommandations suivantes (8) :

- S (**Standardize**) : standardiser le contenu important du dossier.
    - détailler l'histoire du patient au réanimateur montant
    - identifier et insister sur les informations clés et les éléments essentiels concernant le patient
    - synthétiser les informations reçues de différentes sources avant de les transmettre au receveur
    - développer et utiliser des phrases-clé pour favoriser la standardisation de la communication
- H (**Hardware**) : utiliser l'outil informatique
    - développer des formulaires et des outils standardisés (exemple SBAR)
    - établir un endroit adapté dédié à la transmission (silencieux...)
    - effectuer la transmission en présence du patient, au lit du patient
    - stipuler clairement les attentes d'une bonne transmission
    - se concentrer sur le système, pas simplement sur les personnes
    - identifier et utiliser les nouvelles technologies qui pourraient faciliter et améliorer la transmission
    - s'assurer que tous les membres de l'équipe soignante ont accès aux données informatisées du patient
    - intégrer le processus de transmission dans le dossier informatisé du patient
- A (**Allow**) : autoriser la possibilité de poser des questions
    - favoriser l'utilisation de l'esprit critique dans les discussions concernant les patients
    - favoriser le partage d'information interdisciplinaire
    - s'enquérir des sources d'information du réanimateur montant en cas de questions ultérieures
    - scruter et remettre en question les informations lorsqu'un suivi est nécessaire
- R (**Reinforce**) : renforcer toujours la qualité et mesurer les impacts
    - afficher l'engagement des dirigeants dans le processus d'amélioration des transmissions
    - contrôler le respect de l'utilisation de formulaires standardisés
    - insister et souligner les responsabilités de chacun
- E (**Educate**) : éduquer et encadrer
    - enseigner aux équipes la définition d'une transmission efficace
    - standardiser la formation aux techniques de communication efficace
    - faire de la transmission efficace une priorité organisationnelle
    - inciter les praticiens à réévaluer leurs performances en temps réel

L'application de telles stratégies peut prendre la forme d'une procédure opératoire standardisée tel que cela a été réalisé en réanimation chirurgicale à l'HEGP (Figure 1). Ce document est le résultat d'un travail d'organisation collectif qui est appliqué et affiné en équipe depuis plusieurs années.

Impact des stratégies proposées

Bien qu'il soit encore trop tôt pour évaluer l'impact de telles recommandations, d'autres stratégies similaires ont montré leur efficacité. En effet, Van Eaton *et al*. (32) ont observé dans une étude réalisée pendant 5 mois auprès de 14 équipes d'internes (6 en chirurgie et 8 en médecine interne) que l'introduction d'un outil informatique d'aide à la transmission permettait de diviser par 2 le nombre de patients oubliés lors de transmissions (sic), d'augmenter de 40 % le temps passé auprès des patients par les internes avant la transmission, d'améliorer la perception de la qualité des comptes-rendus de sortie par les internes, d'améliorer la continuité de soin, de diminuer par 2 le temps passé par les internes avant la transmission à noter des informations en vue de celle-ci et de diminuer le temps nécessaire à transmettre de 1,5 min/patient. De même, Agarwal *et al*. (33) ont rapporté, au cours d'une étude réalisée en réanimation pédiatrique de chirurgie cardiaque, que l'introduction d'un outil structuré de transmission avait permis d'obtenir une excellente qualité des transmissions, de diminuer significativement la perte d'information ($p<0,001$), de diminuer le nombre de complications postopératoires majeures ($p<0,05$) et d'augmenter le nombre d'extubations précoces ($p<0,004$)… Enfin, l'introduction d'un protocole de transmission s'inspirant des protocoles issus de l'aéronautique et de ceux d'arrêt au stand en Formule 1 a permis de diminuer le taux d'erreurs de transmission de 39 % à 11,5 % ($p<0,001$) (34). Cependant, si ces résultats sont séduisants, rares sont encore les études portant sur l'efficacité de tels protocoles qui soient rigoureuses et méthodologiquement acceptables (24,27,35), et il ne fait nul doute qu'il reste beaucoup à faire dans ce domaine.

Au total

Nous avons vu que la transmission représente un enjeu d'organisation important dépendant de toute l'équipe et structurante pour toute l'équipe. Elle a la particularité de voir son importance très largement sous-estimée. D'importants progrès sont envisageables avec peu de choses. L'approche la plus immédiatement fructueuse repose probablement sur la prise de conscience collective de la possibilité de s'améliorer grâce à des mesures simples. Parmi elles l'organisation d'un lieu et d'un temps isolés strictement dédiés à cette mission structurée selon la perception de chacun associée à une large part de démarches systématiques. Ensuite la notion de travail coopératif et constructif est de nature à mettre un terme aux recettes du passé et peut être d'envisager le futur qui nous apportera vraisemblablement des outils de transmissions de structure dépendante du patient et du contexte.

Références

1. Grusenmeyer C, Trognon A. Les mécanismes coopératifs en jeu dans les communications de travail : Un cadre méthodologique. Trav Hum. 60(1):5□31.
2. Patterson ES. Structuring flexibility: the potential good, bad and ugly in standardisation of

handovers. Qual Saf Health Care. 2 janv 2008;17(1):4□5.
3. Patterson ES, Woods DD. Shift Changes, Updates, and the On-Call Architecture in Space Shuttle Mission Control. Comput Support Coop Work CSCW. 2001;10(3):317□346.
4. Yee KC, Wong MC, Turner P. « HAND ME AN ISOBAR »: a pilot study of an evidence-based approach to improving shift-to-shift clinical handover. Med J Aust [Internet]. 2009 [cité 29 mai 2012];190(11). Disponible sur: https://www.mja.com.au/journal/2009/190/11/hand-me-isobar-pilot-study-evidence-based-approach-improving-shift-shift
5. Patterson ES, Roth EM, Woods DD, Chow R, Gomes JO. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua. avr 2004;16(2):125□132.
6. Patterson ES, Wears RL. Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour. févr 2010;36(2):52□61.
7. Dunsford J. Structured communication: improving patient safety with SBAR. Nurs Womens Health. oct 2009;13(5):384□390.
8. Seifert PC. Implementing AORN recommended practices for transfer of patient care information. AORN J. nov 2012;96(5):475□493.
9. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. Qual Saf Health Care. 2005;14(6):401□7.
10. Halverson AL, Casey JT, Andersson J, Anderson K, Park C, Rademaker AW, et al. Communication failure in the operating room. Surgery. mars 2011;149(3):305□310.
11. Horwitz LI, Moin T, Krumholz HM, Wang L, Bradley EH. Consequences of inadequate sign-out for patient care. Arch Intern Med. 2008;168(16):1755□60.
12. Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and long-term care facilities. Arch Intern Med. 8 mars 2004;164(5):545□550.
13. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. J Gen Intern Med. août 2003;18(8):646□651.
14. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery. juin 2003;133(6):614□621.
15. Laine C, Goldman L, Soukup JR, Hayes JG. The impact of a regulation restricting medical house staff working hours on the quality of patient care. JAMA J Am Med Assoc. 20 janv 1993;269(3):374□378.
16. Borowitz SM, Waggoner-Fountain LA, Bass EJ, Sledd RM. Adequacy of information transferred at resident sign-out (in-hospital handover of care): a prospective survey. Qual Saf Health Care. 2008;17(1):6□10.
17. Horwitz LI, Krumholz HM, Green ML, Huot SJ. Transfers of patient care between house staff on internal medicine wards: a national survey. Arch Intern Med. 2006;166(11):1173□7.
18. Journois D. Protocole du staff de transmission de réanimation chirurgicale HEGP [Internet]. 2009. Disponible sur: http://is.gd/QfsI60
19. Campion, T. R. J, Denny JC, Weinberg ST, Lorenzi NM, Waitman LR. Analysis of a computerized sign-out tool: identification of unanticipated uses and contradictory content. AMIA Annu Symp Proc. 2007;99□104.
20. Arora V, Kao J, Lovinger D, Seiden SC, Meltzer D. Medication discrepancies in resident sign-

outs and their potential to harm. J Gen Intern Med. 2007;22(12):1751□5.
21. Boucheix JM, Coiron M. Analyse de l'activité de transmission écrite au cours des relèves de poste à l'hôpital: Évaluation ergonomique de l'usage d'un nouveau format. Activités. 2008;79.
22. Beach C, Cheung DS, Apker J, Horwitz LI, Howell EE, O'Leary KJ, et al. Improving interunit transitions of care between emergency physicians and hospital medicine physicians: a conceptual approach. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. oct 2012;19(10):1188□1195.
23. Bhabra G, Mackeith S, Monteiro P, Pothier DD. An experimental comparison of handover methods. Ann R Coll Surg Engl. 2007;89(3):298□300.
24. Riesenberg LA, Leitzsch J, Massucci JL, Jaeger J, Rosenfeld JC, Patow C, et al. Residents' and Attending Physicians' Handoffs: A Systematic Review of the Literature. Acad Med. déc 2009;84(12):1775□1787.
25. Mumaw RJ, Roth EM, Vicente KJ, Burns CM. There is more to monitoring a nuclear power plant than meets the eye. Hum Factors. 2000;42(1):36□55.
26. Fassett MJ, Hannan TJ, Robertson IK, Bollipo SJ, Fassett RG. A national survey of medical morning handover report in Australian hospitals. Med J Aust [Internet]. 2007 [cité 29 mai 2012];187(3). Disponible sur: https://www.mja.com.au/journal/2007/187/3/national-survey-medical-morning-handover-report-australian-hospitals
27. Riesenberg LA. Shift-to-Shift Handoff Research: Where Do We Go From Here? J Grad Med Educ. mars 2012;4(1):4□8.
28. Berkenstadt H, Haviv Y, Tuval A, Shemesh Y, Megrill A, Perry A, et al. Improving Handoff Communications in Critical Care: Utilizing Simulation-Based Training Toward Process Improvement in Managing Patient Risk. Chest. 1 juill 2008;134(1):158□162.
29. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour. mars 2006;32(3):167□175.
30. Farnan JM, Paro JAM, Rodriguez RM, Reddy ST, Horwitz LI, Johnson JK, et al. Hand-off education and evaluation: piloting the observed simulated hand-off experience (OSHE). J Gen Intern Med. févr 2010;25(2):129□134.
31. Yedidia MJ GC. EFfect of communications training on medical student performance. JAMA. 3 sept 2003;290(9):1157□1165.
32. Van Eaton EG, Horvath KD, Lober WB, Rossini AJ, Pellegrini CA. A randomized, controlled trial evaluating the impact of a computerized rounding and sign-out system on continuity of care and resident work hours. J Am Coll Surg. 2005;200(4):538□45.
33. Agarwal HS, Saville BR, Slayton JM, Donahue BS, Daves S, Christian KG, et al. Standardized postoperative handover process improves outcomes in the intensive care unit. Crit Care Med. juill 2012;40(7):2109□2115.
34. Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, Pigott N, Elliott MJ, McQuillan A, et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. Paediatr Anaesth. 2007;17(5):470□8.
35. Riesenberg LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual. juin 2009;24(3):196□204.

Figures

Staff de transmission
Plan de présentation

- 8h40
- SSPI
  a) Patients sortis à connaître
  b) +1
  c) Patients présents
- Refus d'admission
- Réanimation
  - dans l'ordre des chambres
- Admissions potentielles
- Pour info (patients en étage)
- Synthèse (récapitulatif)

Staff de transmission
Contenu

Présentation d'un patient

Nouveau patient
- ✓ Présentation par le motif d'admission
- ✓ Bilan direct sans l'historique de la prise en charge sauf en cas de particularité utile à la transmission
- ✓ Rapport des antécédents nécessaires à connaître pour la prise en charge immédiate
- ✓ Inclusion potentielle dans un protocole d'étude
- ✓ Objectifs de la journée (contacts à prendre, examens, interventions, etc)

Patient déjà hospitalisé
- ✓ Nom, sexe, J d'hospitalisation
- ✓ Motif d'admission et principales lésions en une phrase
- ✓ Evènements majeurs de son hospitalisation
- ✓ Modalités matérielles en œuvre (ventilation, EER, DV, CEC, etc)
- ✓ Evènements de la garde
- ✓ Anomalies relevées cliniques ou biologiques
- ✓ Bilan E/S, température, diurèse, RASS observé, qualité de l'analgésie
- ✓ Points à surveiller et/ou à mettre en œuvre de l'avis de l'équipe sortante
- ✓ Inclusion en protocole d'étude clinique

Synthèse
- Énumération des actions (rien d'autre)
- Contacts à prendre
- Réunion à organiser
- Inclusion en protocole de recherche

Figure 1 : Les affiches murales de la salle de staff de transmission de l'HEGP (Paris). Elles visent à rappeler à chacun la structure systématique de l'exposé des transmissions de patients.