

Gestion des risques des défauts de communication et solutions d'amélioration pour la sécurité du patient

Groupe de travail et Jury

BLAZQUEZ Denis	Groupe de travail et Jury
CHANELIERE Marc	Groupe de travail et Jury
DOUARD Richard	Groupe de travail et Jury
GILLION Jean-François	Groupe de travail et Jury
ROLLAND-JACOB Gwenaël	Groupe de travail et Jury
SELLIER Pascal	Groupe de travail et Jury
THEISSEN Alexandre	Groupe de travail et Jury
ZARANIS Constantin	Groupe de travail et Jury
BORIE Frédéric	Groupe de travail et président du Jury
Alain DELEUZE	Groupe de travail
Jean GUGENHEIM	Groupe de travail
Muriel MATHONNET	Groupe de travail
Bertrand MILLAT	Groupe de travail

Table des matières

I.	Introduction.....	3
II.	Données de la littérature	3
III.	Méthodes	3
IV.	Définitions	4
	A. Les types de communications	4
	B. Les situations à risque	4
	C. Echanges et zones de rupture	5
V.	Gestion des risques des défauts de communication et solutions d'amélioration pour la sécurité du patient	6
	A. La communication au cours de l'hospitalisation	6
	1) Les données de la base Rex	6
	2) Les solutions d'améliorations de la communication au cours de l'hospitalisation	6
	a. Les objectifs	6
	b. Les outils de la communication	6
	c. L'aide à la mise en place	7
	B. La communication dans le parcours post hospitalier.....	7
	1) Etat des lieux : Enquête FCVD	7
	2) Les obligations et les réglementations.....	7
	a. En pré hospitalier	7
	b. En post hospitalier	7
	c. Particularités de l'hospitalisation de court séjour et l'ambulatoire	8
	d. Communications et outils incontournables/indispensables	8
	Les points forts :	9
	A. La communication au cours de l'hospitalisation	9
	B. La communication dans le parcours post hospitalier.....	9
	Références :	10

I. Introduction

La communication a une place prépondérante dans la qualité de la prise en charge d'un patient. Elle varie en fonction du contexte d'utilisation. La communication se présente sous deux aspects, soit orientée sur la tâche à exécuter soit orientée sur la relation inter-individu. Elle va s'exprimer et s'utiliser différemment entre le secteur d'hospitalisation et le parcours de soins post hospitalisation.

Cette complexité de mise en place nécessite des règles de bon usage et d'évaluation.

Plusieurs rapports et études, retrouvent qu'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) survient pour 3 à 16% des patients hospitalisés [1,2]. Parmi les causes racines, le défaut de communication qui se définit comme une rupture ou une perte de fluidité dans le processus de soin, représente l'une des principales causes des EIAS. Parmi 28.705 EIAS, déclarés entre 2011 et 2013 en France, dans le cadre de l'accréditation, 27% étaient liés à l'équipe, dont 37% liés à la communication entre professionnels, 14.5% liés aux transmissions et alertes et 8.5% liés à la communication vers le patient et l'entourage.

L'objectif de ce travail est la conception de solutions d'amélioration de la communication pour la sécurité du patient pendant et après l'hospitalisation.

II. Données de la littérature

Dans l'Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables associés aux Soins publiée en 2009, le défaut de communication entre professionnels représente 24% des causes des EIAS [2]. Dans les rapports annuels de la Joint Commission, les défauts de communication du fait de la hiérarchie et de l'intimidation, d'un échec de fonctionnement de l'équipe ou de défaut de transmissions représentent jusqu'à ¼ des causes des EIAS [1].

Une étude observationnelle de 2004 (90 heures d'observation au bloc de 94 membres de l'équipe au cours de 48 interventions chirurgicales) rapporte que 30% des communications sont défectueuses dont 1/3 d'entre elles affecteraient la sécurité des patients [3]. Une autre étude rétrospective sur dossiers de 2009 (4 centres, 293 patients et 149 chirurgiens, anesthésistes et personnel de bloc) montre que la morbi-mortalité augmente en proportion du comportement défaillant de l'équipe [4]. Un autre problème est lié aux changements d'équipes et aux transmissions. Une étude du JAMA 2018 a observé qu'en cours d'intervention le changement d'équipe d'anesthésie (5941) comparé au non-changement (307 125) augmentait la morbi-mortalité de 44% [5].

Une étude multicentrique publiée en 2014 dans le NEJM, a montré sur plus de 10000 patients que la mise en place du programme I-PASS de standardisation permettait de diminuer de 23% les erreurs médicales et de 30% les EIAS [6].

III. Méthodes

La conception de solutions pour la sécurité du patient s'est faite à partir de l'analyse des EIAS, de la somme d'une **analyse pertinente** de la littérature et des échanges publics lors de la journée nationale de la FCVD (Fédération de Chirurgie Digestive et Viscérale) qui s'est tenue le 30 mars 2019 et des discussions d'un jury qui s'est réuni le 18 septembre 2019 en séance plénière pour élaborer un texte consensuel.

Le texte final a été validé par la Commission professionnelle de la FCVD (voir composition du jury, du groupe d'organisation et de travail).

Les solutions ont été élaborées dès qu'elles le permettaient sur la base des 4 niveaux définis par l'HAS : la prévention, la récupération, l'atténuation et la déclaration de l'incident (information pré et post opératoire).

IV. Définitions

A. Les types de communications

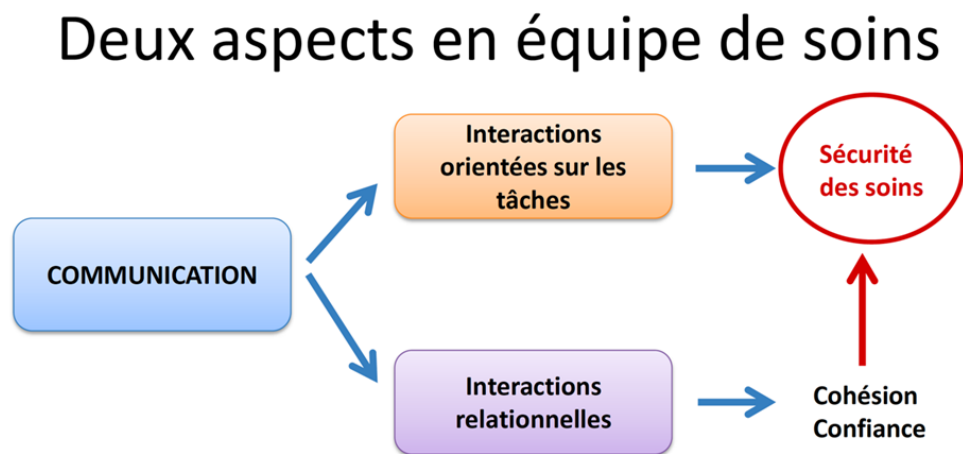
Dans une équipe de soin, la communication a 2 aspects : interactions orientées sur les tâches ou les interactions relationnelles (Figure 1).

Les interactions relationnelles sont celles entre les membres de l'équipe et entre le patient et un soignant. Les interactions relationnelles entre les membres de l'équipe conditionnent la cohésion de l'équipe et la confiance mutuelle. De nombreux échanges directs et combinaisons d'échanges directs sont possibles entre les différents membres d'une équipe de bloc opératoire ou d'un service, s'adaptant en temps réel à l'exécution des tâches en cours et éventuellement aux situations imprévues. Ces interactions peuvent indirectement impacter la sécurité des soins car une équipe soudée et l'absence de conflits favorisent la performance

Les interactions orientées sur les tâches sont celles directement nécessaire à la prise en charge du patient, comme les tâches lors d'une induction anesthésique, d'une intervention chirurgicale ou de la gestion d'une situation de crise. Aux échanges directs se superpose une communication indirecte liée à la planification des tâches au préalable dans un langage connu de tous (comme par exemple l'établissement du programme opératoire).

Ces interactions vont **directement** impacter la sécurité des soins s'il y a des barrières ou des défauts dans la communication.

Figure 1



Marlow Hum Res Man Rev 2017

B. Les situations à risque

Les facteurs contributifs des défauts de communication sont soit de nature technique ou matérielle, soit de nature humaine.

Les facteurs contributifs de nature technique ou matérielle sont par exemple, un défaut de transmission électronique de courrier-patient, de compte-rendu opératoire ou de résultat d'examens ; une information non renseignée ou erronée dans un dossier médical ; la panne du système d'informations d'une structure de soins...

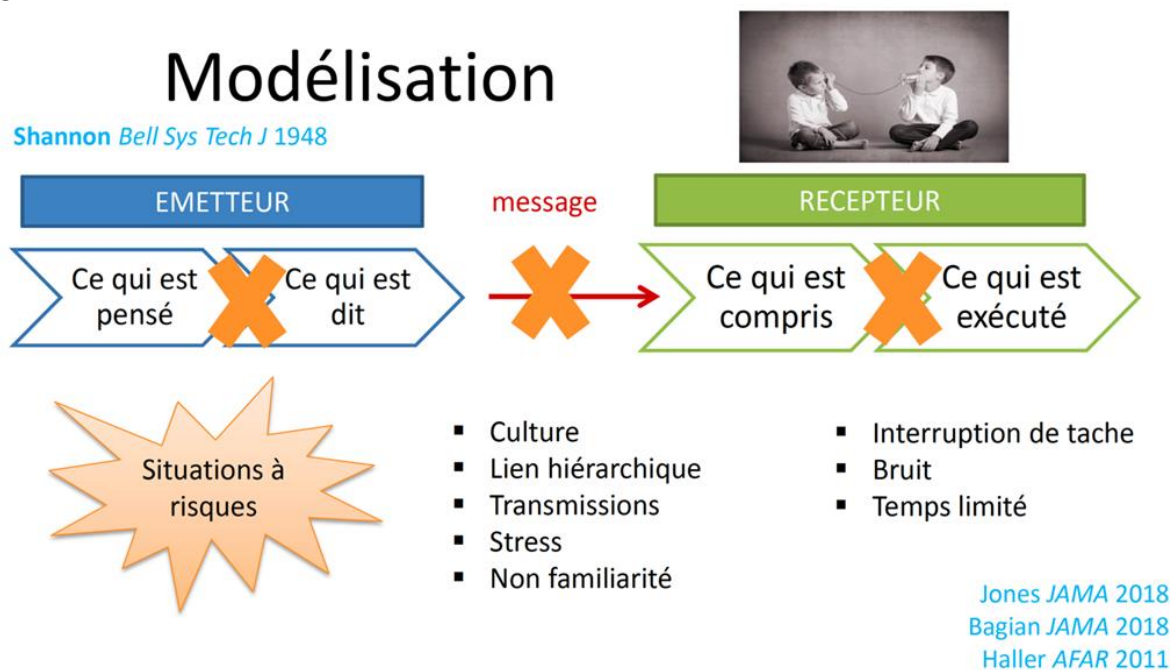
Les facteurs contributifs de nature humaine sont en lien avec les attitudes ou les comportements des personnes impliquées dans les soins - patients compris. La colère, le stress, un sentiment d'antipathie

ou a contrario de sympathie peuvent altérer la communication ; la transmission d'informations erronées ou un défaut d'information contribuent aussi à la survenue d'erreurs. La différence de culture entre les professions (car chaque fonction ou chaque catégorie professionnelle a ses normes, ses valeurs ou sa perception du risque), le lien hiérarchique, la transmission lors d'un changement d'équipe ou du transfert d'un patient, le stress, la non-familiarité avec la structure, l'interruption de la communication (par exemple pour la réalisation de la check-list), le bruit et le temps (manque de temps, absence de temps dédié ou mauvais moment pour l'échange) [7,8]

C. Echanges et zones de rupture

Il peut y avoir plusieurs zones de rupture de communication entre ce qui est pensé ou dit par l'émetteur, ce qui est transmis puis ce qui est compris ou finalement exécuté par le récepteur [9]. L'utilisation des deux modes de communication (lié aux tâches et individuelles) pour se coordonner [10] peut présenter des zones ruptures de communication à chaque étape de ces échanges. Lorsque l'on résonne en équipe médicale, il faut avoir une approche plus systémique et plus globale (Figure 2).

Figure 2



V. Gestion des risques des défauts de communication et solutions d'amélioration pour la sécurité du patient

A. La communication au cours de l'hospitalisation

1) Les données de la base Rex

Le retard ou défaut de transmission d'informations jugées critiques et la défaillance de la communication et /ou de la coopération avec les autres professionnels de santé représentent 14% des 3 500 EIAS de chirurgie digestive déclarés entre octobre 2008 et décembre 2018.

61% de ces EIAS concernent la prise en charge non programmée, 50% en période vulnérable et 46% sont des situations non urgentes. Les origines de ces défauts viennent de l'individu seul ou en équipe et de la tâche à réaliser. Dans 50% des cas, le chirurgien est l'acteur de cette situation suivi du médecin anesthésiste réanimateur (24 %) et de l'infirmière de bloc (19%). Les situations concernées sont dans le domaine de la programmation (21%), de la prescription (25%) et du dossier médical (15%). Les outils ayant dysfonctionné sont l'absence ou le manque de protocole (27%), le dossier médical (21%) et la check-list (21%). Les conséquences ont été un retard de prise en charge (24%) et des conséquences significatives à graves (55%) dont parfois même le décès (4%).

2) Les solutions d'améliorations de la communication au cours de l'hospitalisation

a. Les objectifs

- ✓ Organiser et standardiser la communication
- ✓ Sensibiliser les équipes au principe d'une communication efficace tant dans le mode de communication que dans les conditions dans lesquelles elles doivent être réalisées, mais aussi dans le contenu.
- ✓ Savoir informer le patient et l'entourage

b. Les outils de la communication

Les solutions de standardisation de la communication en fonction des circonstances et des secteurs de soins sont nombreuses :

Au bloc opératoire :

- La check-list de l'HAS au bloc [11],
- Outil SAED de l'HAS [11BIS],
- Solution pour la Sécurité du Patient. Coopération anesthésistes réanimateurs et chirurgien [12].

Intra Secteurs de soins (hors bloc opératoire)

- La check-list de l'HAS au bloc [11],
- Organisation de la transmission TRANSSFAR [13],
- Outil SAED de l'HAS,
- Solution pour la Sécurité du Patient. Coopération anesthésistes réanimateurs et chirurgien [12].

Inter Secteurs de soins

- Utilisation du dossier médical partagé (DMP)
- Organisation de la transmission TransSFAR+ [13],
- Outil SAED de l'HAS,
- Solution pour la Sécurité du Patient. Coopération anesthésistes réanimateurs et chirurgien [12].

En situation de crise

- Aides cognitives SFAR de situation de crise [14],
- 1 patient 1 équipe [15],

- Le « speak up » : consiste si l'on constate des problèmes de sécurité à les soulever, en discuter entre collègues pour essayer de les résoudre et trouver des solutions [16].

c. L'aide à la mise en place

- Par l'entraînement à la standardisation de la communication et de la mise en évidence de défauts de communication sous forme de simulation. La simulation permet également d'utiliser les outils et de sensibiliser les professionnels de santé.
- En renforçant le travail d'équipe par l'optimisation de la tâche à accomplir de chaque acteur de l'équipe en favorisant le respect, l'écoute mutuelle, l'empathie entre collègues et la cohésion. Des temps d'échange au quotidien pour pouvoir élaborer et construire le travail en équipe doivent être favorisés entre équipes médicales et paramédicales. (Exemple : coopération entre chirurgiens et anesthésistes réanimateurs)
- Par l'intégration de la standardisation de la communication dans un programme qui devra être mise en œuvre et être soumis à une évaluation de son efficacité.
- Par la mise en place systématique de RMM

B. La communication dans le parcours post hospitalier

1) Etat des lieux : Enquête FCVD

Enquête de pratique de la FCVD auprès de 715 chirurgiens.

Les ordonnances et le courrier de sortie sont rédigés par 97 % des chirurgiens. Un courrier de sortie-type est utilisé seulement par 59 % des sondés. Les taux de patients ne sortant pas avec le courrier de liaison, le compte rendu opératoire (CRO), un courrier-type, le compte rendu d'hospitalisation (CRH) étaient respectivement de 42 %, 52 %, 62 % et 50 %. Sur le courrier de sortie, le traitement d'entrée n'est mentionné que dans 25 % des cas, le traitement de sortie dans 77 % des cas, les modifications dans 49 % des cas, une synthèse des avis spécialisés dans 68 % des cas, une contamination par bactérie multirésistante (BMR) et administration de produits sanguins dans 82 % des cas.

2) Les obligations et les réglementations

a. En pré hospitalier

- L'information préopératoire avec des documents détaillés et signés.
- Les informations données au malade et au médecin traitant en préopératoire sur la future intervention.

L'information au patient [17] le comportement des patients a changé pensant qu'avec les progrès techniques, l'ambulatoire, la chirurgie et l'anesthésie ne comportent plus de risques. Une information des risques doit être présentée de façon claire, simple sans trop être alarmiste. Cette information sur l'intervention et les complications éventuelles ne doit pas banaliser l'intervention et l'anesthésie, doit être tracée dans le dossier médical (faire signer le Consentement éclairé) et doit prévoir le retour à domicile et la prise en charge surtout pour l'ambulatoire : contexte socio-économique, compréhension du patient, présence d'un tiers....

b. En post hospitalier

Si les procédures de liaison entre l'hospitalisation et le parcours post hospitalier connaissent un réel défaut de mise en place, ce n'est pas la faute de la réglementation qui donne tous les éléments permettant le suivi des malades depuis 10 ans.

- De 2008 à 2013, les indicateurs IPAQSS ont été un levier pour améliorer la communication ville-hôpital en post-hospitalisation : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) qui devait être inférieur ou égal à 8j.

- A partir de 2015, la réalisation du CRH puis en janvier 2016, puis de la lettre de liaison (1er janvier 2017) devenue obligatoire à chaque séjour, remise au malade ou à sa personne de confiance et adressée à tous les acteurs de la prise en charge. Elle peut être une partie du CRH incomplet. Son contenu est défini : Motif d'hospitalisation, examens complémentaires, synthèse médicale du séjour, risques liés à l'hospitalisation (BMR, transfusion, EIG), traitements médicamenteux et leurs modifications, planification des soins. Les éléments suivants médico-administratifs doivent être inclus : nom et coordonnées des destinataires, identification du patient, date d'entrée et de sortie, destination du patient à sa sortie, nom et coordonnées du signataire. [18]

c. Particularités de l'hospitalisation de court séjour et l'ambulatoire

Les relations avec le malade après son hospitalisation doivent être claires, définies, expliquées et mises en place par la structure de soins et son référent médical. Il faut un suivi « 24/7 » par un professionnel qui doit rassurer ou demander au malade de revenir. L'utilisation de prestataires à domicile, d'applications téléphoniques et des nouvelles technologies est possible. Le nombre d'applications et la variabilité des coûts sont importants. La préférence du malade est un suivi par téléphone et/ou une infirmière libérale à son domicile.

Le Suivi post opératoire en Ambulatoire [19] comprendra un dossier de sortie complet, des explications données au patient à J-1, J0 et J+1, une permanence des soins, un suivi post opératoire (appel du lendemain, voir à J2 ou envoi de SMS avec un référent, formé et compétent pour répondre aux appels ou aux alertes) et des informations données au patient nécessitant un contact téléphonique 24h /24h ou de se rendre aux urgences.

- Réalisation du CRH par une tierce personne
- Mise en place d'un infirmier en pratique avancée (IPA)

d. Communications et outils incontournables/indispensables

- Le DMP : l'information entre praticiens en postopératoire évitant le passage par le SAMU, les urgences, le médecin traitant.
- Les RMM ville-hôpital, contact entre les établissements de santé et les soins de ville pour améliorer les soins postopératoires.

Les points forts :

A. La communication au cours de l'hospitalisation

1. Les objectifs : organiser et standardiser la communication, sensibiliser les équipes au principe d'une communication efficace et savoir informer le patient et l'entourage.
2. Les outils de la communication dans les différents secteurs de soins : les solutions de standardisation de la communication fonction des circonstances et des secteurs de soins sont nombreuses :
 - La check-list de l'HAS ;
 - L'outil SAED de l'HAS ;
 - La « Solution pour la Sécurité du Patient : Coopération anesthésistes réanimateurs et chirurgien », l'organisation de la transmission TRANSSFAR, le dossier médical partagé (DMP), les aides cognitives SFAR de situation de crise, de 1 patient 1 équipe [16], et du « speak up ».
3. L'aide à la mise en place se fait sous forme de simulation, par l'optimisation de la tâche à accomplir de chaque acteur de l'équipe et la mise en place de RMM systématique.

B. La communication dans le parcours post hospitalier

1. Donner par le chirurgien toutes les informations préopératoires aux malades, à leur entourage et aux médecins traitants sur une future intervention, modalités, durée d'hospitalisation, modalités de suivi en s'assurant de sa compréhension.
2. Informer régulièrement les médecins traitants du territoire de santé des procédures de l'établissement en termes de suivi postopératoire et des dispositifs de réadmission et consultations non programmées.
3. Appliquer la réglementation sur la Lettre de Liaison (qui peut être une partie du futur CRH) et des informations obligatoires qu'elle doit contenir
4. Organiser au moins une fois par an une RMM ville-hôpital qui peut servir de base à la transmission d'informations sur les procédures de l'établissement, à évaluer les insuffisances de communication, l'impact des modifications dans les procédures.
5. Utiliser des logiciels de suivi des malades pour organiser les rendez-vous, aider à la surveillance en complément ou en remplacement du suivi par l'infirmière, le prestataire ou par téléphone notamment dans les hospitalisations de court séjour (ambu, RAAC).

Références :

- [1] VHuW Williams, et al. Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports. British Journal of General Practice 2015 ; 65 (641): e829-e837
- [2] P., Quenon J.-L., Djihoud A., Bru Sonnet R. « EVISA - Les évènements indésirables liés aux soins extra- hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes ». Rapport final, CCECQA, août 2009, 81 p. Disponible à l'adresse :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf
- [3] Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care. 2004; 13:330-4.
- [4] Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Broockey J, Graham S, et al.. Surgical team behaviors and patient outcomes. Am J Surg. 2009; 197:678-85.
- [5] Jones PM, Cherry RA, Allen BN, Jenkyn KMB, Shariff SZ, Flier S, et al. Association Between Handover of Anesthesia Care and Adverse Postoperative Outcomes Among Patients Undergoing Major Surgery. JAMA. 2018 Jan 9; 319(2):143-153.
- [6] Starmer AJ, et al; I-PASS Study Group. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. N Engl J Med. 2014 Nov 6; 371(19):1803-12.
- [7] Lingard, Lorelei, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. BMJ Quality & Safety 13.5 (2004): 330-334.
- [8] Chanelière M, Koehler D, Morlan T, Berra J, Colin C, Dupie I, et al. Factors contributing to patient safety incidents in primary care: a descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). BMC Family Practice 2018;19:121
- [9] Shannon CE. A mathematical theory of communication. Bell Sys Tech J 1948 ;27 :379-427.
- [10] Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. Health Care Manage Rev. 2001; 26:56-69
- [11] HAS. La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" - mis en ligne le 29 nov.2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2620042/fr/la-check-list-v2016
- [11] BIS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
- [12] HAS. Solution pour la Sécurité du Patient. Coopération anesthésistes réanimateurs et chirurgiens. 2015. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes-reanimateurs_et_chirurgiens.pdf
- [13] Organisation de la transmission TRANSSFAR
- [14] Aides Cognitives en Anesthésie Réanimation. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. <https://sfar.org/espace-professionnel-anesthesiste-reanimateur/outils-professionnels/boite-a-outils/aides-cognitives-en-anesthesie-reanimation/>
- [15] Reference <http://cfar.org/1patient1equipe/>

[16] Pattni N, Arzola C, Malavade A, Varmani S, Krimus L, Friedman Z. Challenging authority and speaking up in the operating room environment: a narrative synthesis. Br J Anaesth. 2019; 122:233-244.

[17] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

[18] Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>

[19] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2020011/fr/prise-en-charge-en-chirurgie-ambulatoire