ECOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

TRANSMISSIONS ORALES EN SSPI : ETUDE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Par

Laure Pourin-Delafond

Sous la direction de

Dr. Didier BAUDOUIN
Médecin Anesthésiste Réanimateur - CHU POITIERS

Mme Elodie MEUNIER
Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat - CHU POITIERS

Septembre 2017

UE 7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté de l'aide et du soutien pour la réalisation de ce travail de recherche et plus particulièrement :

- Le Docteur Didier Baudouin, Médecin Anesthésiste Réanimateur au CHU de Poitiers, pour avoir accepté de travailler avec moi, pour son aide, ses conseils et sa disponibilité. En tant que Directeur de mémoire, il m'a guidé dans l'orientation de mon travail et m'a apporté les notions nécessaires à la réalisation de ce travail de recherche.

- Madame Elodie Meunier, Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat au CHU de Poitiers et précieuse amie, pour ses conseils, pour son suivi tout au long de la réalisation de ce mémoire, sa disponibilité et sa bonne humeur.

- L'équipe encadrante de l'Ecole d'IADE de Poitiers : Mme Anne Braguier, Directrice, M. Philippe Pelletier, Cadre enseignant, M. Laurent Guignard, M. Alain Charré et Mme Sandra Chaigne secrétaire.

- Mes amis, ma famille et tout particulièrement Vincent, Timothée et Juliette, pour leur présence, leur patience et leurs encouragements depuis le concours jusqu'à aujourd'hui.

- Mes collègues et amis de promotion, avec qui j'ai partagé ce challenge pendant ces deux années, et plus spécialement la « Team » !

- Les Médecins Anesthésistes Réanimateurs, Internes en Anesthésie, Infirmiers Anesthésistes, collègues de réanimation chirurgicale polyvalente et de SSPI, pour leur encadrement et leur bienveillance. J'ai une pensée particulière pour tous ceux qui m'ont fait aimé l'Anesthésie Réanimation et qui m'ont donné envie de me lancer dans cette aventure.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1
1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE : Les Transmissions 2
2. MATERIEL ET METHODE 4
2.1. Type d'étude 4
2.2. Objectif de l'étude 4
2.3. Population étudiée 5
2.4. Recueil de données 5
2.5. Traitement et recueil de données 7
3. RESULTATS 7
3.1. Caractéristiques des professionnels réalisant et recevant les transmissions orales des patients en SSPI…. 8
3.2. Recueil épidémiologique concernant le patient 9
3.3. Recueil des données concernant la chirurgie 11
3.4. Recueil des données concernant l'anesthésie 13
4. DISCUSSION 18
5. LIMITES DE L'ETUDE 22
6. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES 23
6.1. Première proposition : la standardisation 23
6.2. Deuxième proposition : la reconnaissance par tous qu'un transfert de responsabilité à lieu 24
6.3. Troisième proposition : la simulation comme prévention des problèmes de communication 24
CONCLUSION 25
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 26
ANNEXES .....

GLOSSAIRE

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie Loco Régionale

APD : Anesthésie Péridurale

ASA : American Society of Anesthesiology

ATCD : Antécédents

BIS : Bloc Inter Scalénique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EIADE : Etudiant Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

EIDE : Etudiant Infirmier Diplômé d'Etat

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

INT : Intubation Naso Trachéale

IOT : Intubation Oro Trachéale

KTA : Cathéter Artériel

KTC : Cathéter Central

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

ML : Masque Laryngé

ORL : Oto Rhino Laryngologie

RA : Rachianesthésie

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

SV : Sonde Vésicale

TAP : Transversus Abdominis Plane

VS : Ventilation Spontanée

VVP : Voie Veineuse Périphérique

INTRODUCTION

A l'hôpital, la prise en charge des patients induit une succession de relais entre les équipes soignantes. Ces relais forment une brèche dans la continuité des soins. Les transmissions qui sont une nécessité quotidienne deviennent alors *« un pont posé au-dessus de la brèche »* [1] et constituent un enjeu important pour la sécurité du patient. Chaque intervention chirurgicale implique l'interaction de plusieurs unités. Ces changements d'unité sont des étapes critiques pour la communication, ce qui peut avoir un impact significatif sur la prise en charge des patients. Les points critiques les plus souvent décrits sont les transitions entre le bloc opératoire et la SSPI ou les services d'urgence [2, 3]. Il a été observé que 14 % des événements indésirables survenant en SSPI étaient liés à des problèmes de communication au moment du transfert du patient [4]. Une autre étude a mis en évidence que 67 % des anesthésistes ne transmettaient pas l'information de manière claire au moment de l'arrivée du patient en SSPI [5].

La SFAR recommande des transmissions verbales et écrites à l'arrivée en SSPI entre la personne accompagnante (MAR ou IADE) et le professionnel (MAR, IADE ou IDE) recevant le malade. L'équipe « descendante » doit demeurer aux côtés du patient tant que le relais n'a pas été fait avec l'équipe « montante » [6].

La présente étude s'est ainsi fixée comme objectif une évaluation des pratiques professionnelles sur les transmissions orales réalisées en post-opératoire auprès du personnel paramédical et médical de la SSPI. La finalité est l'amélioration de la qualité de ces transmissions en vue d'optimiser la prise en charge post-opératoire des patients.

1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE : Les Transmissions

1.1. Définition

Les « transmissions » désignent l'ensemble des moyens de communication 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 et la sécurité 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 [6]. Cet échange synthétique entre les différents intervenants doit aboutir à une compréhension commune.

1.2. Cadre légal

Les transmissions écrites sont une obligation légale selon l'article R 4311-2 du code de la santé publique relatif aux actes professionnels infirmiers. Cette responsabilité professionnelle est le reflet d'une pratique de qualité. Elle a une valeur juridique. Elle représente un transfert de responsabilités entre les participants [7].

1.3. Objectifs

Le but des transmissions 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 prise en charge optimale cohérente entre les différents intervenants.

Cette compréhension inclut plusieurs dimensions telles que l'histoire du patient et ses particularités, les événements qui se sont déjà produits, ceux qui sont attendus ou susceptibles de se produire [6]. 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.

1.4. Contenu

Le contenu des transmissions nécessite d'être optimal. On pourrait penser que cela sous-entend son exhaustivité.

Dans ce cas, l'abondance de l'information serait donc considérée comme le reflet de la qualité de son contenu. Pourtant, Beach et al [8] soutiennent que parmi un déluge d'informations, certaines risquent de s'avérer inutiles et que leur exposition serait alors de nature à diluer celles véritablement pertinentes.

De ce fait, l'excès ou l'accumulation d'informations serait une source possible de confusion [9]. Une surcharge de données théoriquement disponibles est impossible à transmettre et impose donc de réaliser une sélection des informations en fonction de leur degré de pertinence [10]. Il s'agit donc de transmettre exclusivement les informations qui seront utiles ou qui sont susceptibles de l'être. Les transmissions doivent être pertinentes.

De plus, la rotation nécessaire au bon fonctionnement de la SSPI notamment aux heures de fortes affluences reste un impératif que les transmissions ne doivent pas entraver.

Pertinence et efficacité imposent donc des transmissions ciblées portant sur l'anesthésie, l'acte effectué, les soins particuliers à prodiguer. Il faut également tenir compte des spécificités chirurgicales et du terrain des patients aux scores ASA variés.

1.5. Sources d'erreurs

La plupart des professionnels de santé ne bénéficient d'aucune formation spécifique à la communication au cours de leur formation initiale [11, 12]. Les transmissions sont essentiellement réalisées de façon instinctive ou guidée par des événements indésirables.

Les sources d'erreurs sont multiples :

- Les barrières de communication telles que l'inattention, les erreurs de langage, les interférences liées à la hiérarchie ou à un décalage interprofessionnel ;
- Les barrières physiques comprenant les interruptions, les distractions ou encore le bruit ;
- Le caractère oral rendant l'information insuffisante et ne permettant qu'une faible mémorisation de l'information [13] ;
- Le manque de protocole de transmissions et l'absence de support validé ;
- Le manque de temps ;
- Les erreurs de contenu avec des omissions, des informations incomplètes ou erronées que ce soit à l'orale ou à l'écrit [14, 15] ;
- La complexité de certains dossiers médicaux.

1.6. Conséquences des erreurs de transmission

En 1999, l'Institute Of Medecine, une organisation américaine indépendante à but non lucratif ayant pour objectif de fournir des conseils sur la politique de santé, a mis en évidence que 98 000 patients décèdent chaque année dans les hôpitaux américains suite à des erreurs médicales [16]. Seifer et al [17] ont observé que 80% des erreurs médicales sont liées à des erreurs de communication incluant des déficits de transmission. Ainsi lorsqu'elles sont mal conduites, les transmissions pourraient avoir de lourdes conséquences sur la prise en charge des patients [18, 19].

Des omissions de taches, de soins ou des inexactitudes [20] peuvent conduire à une inefficacité : répétition d'examens, réalisation d'examens inutiles [21] ou redondants voire des réhospitalisations évitables [22, 23]. Dans le domaine chirurgical, il apparait de façon similaire au sein d'une revue concernant 146 erreurs que 41 d'entre-elles (28%) étaient liées à des erreurs de transmission [24]. Par ailleurs, la discontinuité de soins induite par ces erreurs de communication est également responsable d'une majoration des complications intra-hospitalières [25].

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive de « type évaluation des pratiques professionnelles ». Elle s'est déroulée au CHU de Poitiers en SSPI du 18 décembre 2016 au 20 janvier 2017. Au préalable, il a été obtenu l'autorisation de Mme Frédérique Chevereau, Cadre IADE de la SSPI et des IADE du CHU de Poitiers.
Il n'a pas été nécessaire d'obtenir une autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP), toutefois une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été faite au préalable (*Annexe 1*).

2.2. Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail a été de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles concernant les transmissions orales assurées auprès du personnel paramédical de la SSPI en sortie de bloc opératoire.

2.3. Population étudiée

Critères d'inclusion

Les transmissions orales portant sur :

- Des patients de plus de 15 ans et 3 mois ayant un score ASA de 1 à 4 ;
- Des patients opérés d'une chirurgie programmée en post-opératoire de chirurgies gynécologique, orthopédique, plastique, viscérale, vasculaire, urologique, ORL, neurochirurgicale, ophtalmologique et radio interventionnelle ;
- Des patients bénéficiant d'une AG ou d'une ALR.

Critères de non inclusion

Les transmissions orales portant sur :

- Des patients sous curatelle ou tutelle ;
- Des patients sans couverture sociale ;
- Des femmes enceintes ;
- Des chirurgies effectuées en urgence, au bloc cardio-thoracique et hors bloc (pas de traçabilité de dossier informatisé).

Critères d'exclusion

- Les dossiers d'anesthésie non informatisés ;
- L'absence de traçabilité informatique per-opératoire.

2.4. Recueil de données

En l'absence de données de prévalence précises, la taille de l'échantillon n'a pas été précisément établie. Le nombre de sujets inclus a alors été considéré comme devant être supérieur à 50 pour espérer une normalité.

Il a été pris en compte la catégorie de professionnels qui effectuait les transmissions. Il s'agissait de MAR, Interne en anesthésie, IADE ou EIADE. De même, il a été tenu compte du personnel qui recevait les transmissions en SSPI, il était composé de MAR, Interne en anesthésie, IADE, EIADE, IDE et EIDE.

Ne disposant pas de recommandations des sociétés savantes (gold standard) sur les bonnes pratiques pour la réalisation des transmissions orales à effectuer en SSPI, il a été élaboré un recueil de données (*Annexe 2*).

Ce recueil était composé d'items, basés sur les données enregistrées concernant le patient à la consultation d'anesthésie et sur les paramètres relevés dans le logiciel Diane® (Bow Médical version 4.4.5. Boves France), logiciel utilisé au CHU de Poitiers pour tracer les dossiers. Ce recueil comprenait trois parties : patient, chirurgie, anesthésie (*Annexe 2*).

Il a donc été réalisé une observation et une écoute des transmissions orales effectuées au chevet de chaque patient. Le contenu verbal des transmissions, pour chaque item, a été marqué par « oui », s'il était communiqué et par « non » s'il ne l'était pas. Pour chaque patient, une photocopie anonymisée de la consultation d'anesthésie et des données per-opératoires a été réalisée afin de pouvoir compléter, croiser les données et vérifier leurs exactitudes ultérieurement.

La collecte des données a été effectuée tout au long de la journée du lundi au vendredi sur des jours ouvrables afin de minimiser les biais d'échantillonnage.

Pour éviter les biais, les professionnels observés ne connaissaient pas la nature exacte du processus d'observation. Le contenu de la liste de contrôle leur était inconnu.

- **Partie 1** : **Recueil épidémiologique concernant le patient**, établi en 8 items :

L'identité : nom et prénom ;

L'âge ;

L'IMC ;

Les antécédents médicaux et chirurgicaux ;

Les allergies ;

Le score ASA : de 1 à 4 ;

Les handicaps : troubles visuels, troubles auditifs, troubles du langage, déficits sensitifs et moteurs ;

L'état dentaire : prothèses, pivots, dents fragiles.

- **Partie 2 : Recueil concernant la chirurgie,** établi en 6 items :

Le type d'intervention ;

Le chirurgien : senior ou junior ;

La position ;

La durée ;

Le saignement per-opératoire ;

La surveillance spécifique : neurologique (motricité, sensibilité, diamètre pupillaire, score de Glasgow), dysphonie, dysphagie, déglutition, vascularisation des membres (pouls, coloration, chaleur).

- **Partie 3 : Recueil concernant l'anesthésie**, constitué de 8 items :

Les techniques d'anesthésie :

- AG comprenant l'IOT, l'INT, le ML, la VS ;
- ALR comprenant l'APD, la RA, le bloc, l'infiltration, l'AL ;

Les difficultés d'intubation ;

Les produits utilisés : Morphinique, Hypnotique, Curare, Antagonisation des curares ;

L'équipement : KTC, KTA, VVP, SV, Drainage (lame, redon, stomie) ;

Les traitements administrés : Antibiotiques, Antalgiques, Antiémétiques, Remplissage, Catécholamines, Produits sanguins ;

Les complications per-opératoires ;

Bilan et/ou examen demandé(s).

2.5. Traitement et recueil de données

Les résultats obtenus ont été comparés aux données médicales du patient contenues dans le dossier de consultation d'anesthésie, consignées dans le logiciel Diane®. Il en est de même pour les données enregistrées sur le dossier per-opératoire du patient.

Les résultats ont été anonymisés par ordre de récupération.

Les données ont été exploitées au moyen du logiciel Microsoft Office Excel® 2016.

Une analyse descriptive des résultats a été réalisée. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme de nombres et de pourcentages, les variables quantitatives sous forme de moyennes et représentées sous forme graphique.

3. RESULTATS

Sur 100 patients observés, 10 ont été exclus par manque de traçabilité informatique (dossier manuscrit). Sur les 90 recueils de données restants exploités, 46% de toutes les données ont été transmises (concernant le patient, la chirurgie et l'anesthésie). Les MAR ont transmis 41% des données, les internes 44% et les IADE 47%.

3.1. Caractéristiques des professionnels réalisant et recevant les transmissions orales des patients en SSPI

Il est à noter que les transmissions étaient réalisées par un ou plusieurs professionnels à la fois. De même, elles pouvaient être reçues par une ou plusieurs personnes à la fois.

Aucun EIADE n'était présent en stage aux blocs opératoires à cette période, ils n'ont donc pas pu participer à cette étude.

Tableau 1. Caractéristiques des professionnels observés lors de transmissions orales en SSPI.

		n = 90
EQUIPE DESCENDANTE	MAR	22%
	INTERNE	24%
	IADE	89%
NOMBRE DE PERSONNES REALISANT LES TRANSMISSIONS	3	1%
	2	33%
	1	66%
EQUIPE MONTANTE	MAR	6%
	INTERNE	3%
	IADE	16%
	EIADE	2%
	IDE	83%
	EIDE	14%
NOMBRE DE PERSONNES RECEVANT LES TRANSMISSIONS	3	4%
	2	16%
	1	80%

3.2. Recueil épidémiologique concernant le patient

Les items concernant le patient (*Annexe 2*) ont été transmis globalement dans 37% des cas. Les MAR ont transmis en moyenne 33% des données, les internes 41% et les IADE 38%.

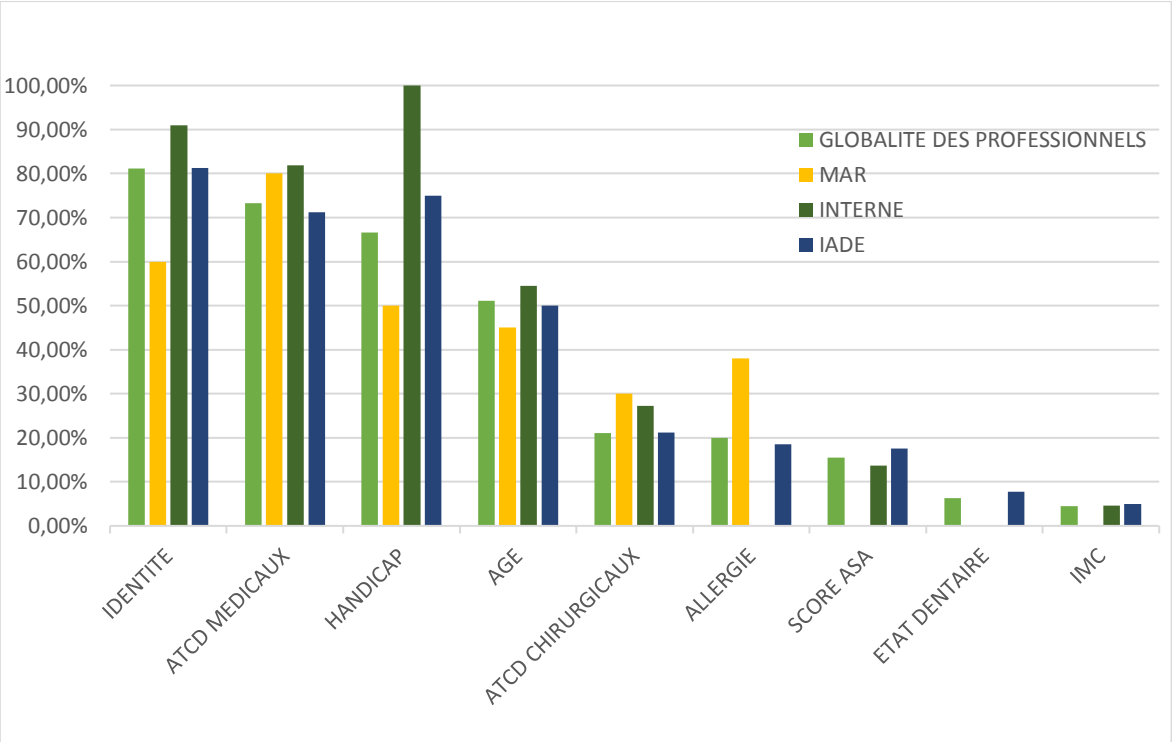


Figure 1. Données du patient transmises oralement en SSPI par les différents professionnels intervenants.

3.2.1. L'identité et l'âge

L'identité des patients a été transmise en SSPI à 81%. Il a été noté une différence entre les professionnels, les MAR ont donné cette information à 60%, les internes d'anesthésies à 91% et les IADE à 81%.

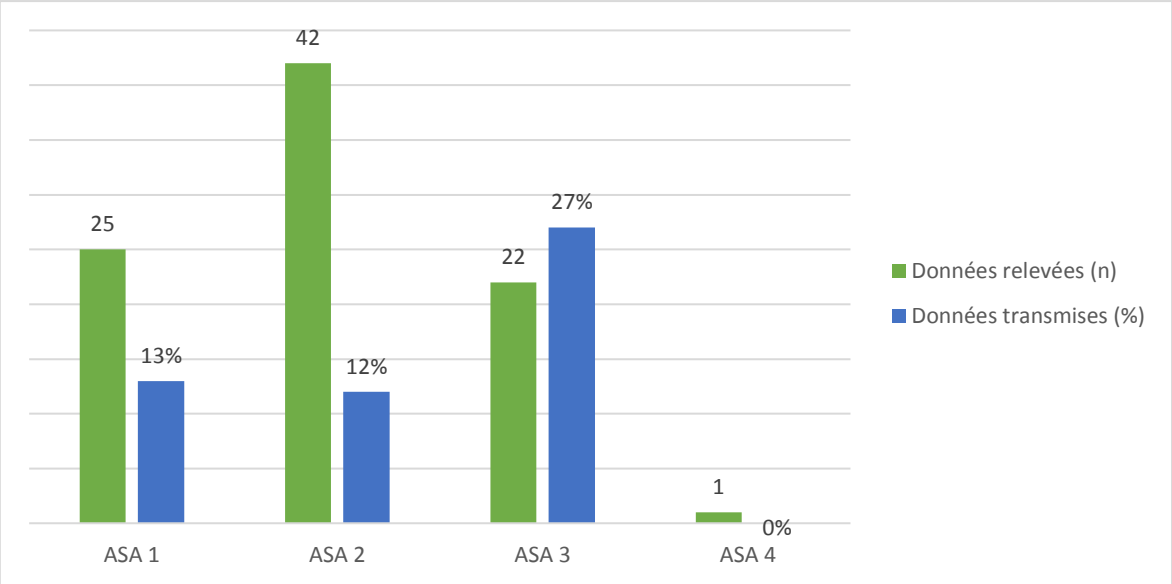
L'âge du patient a été cité dans 51% des cas.

3.2.2. Les antécédents médicaux, chirurgicaux et le score ASA

Les antécédents médicaux ont été pris en compte et signalés en moyenne dans 73% des cas. Les MAR les ont transmis à 80%, les internes à 82% et les IADE à 71%.

Le score ASA a été signalé dans 16% des cas.

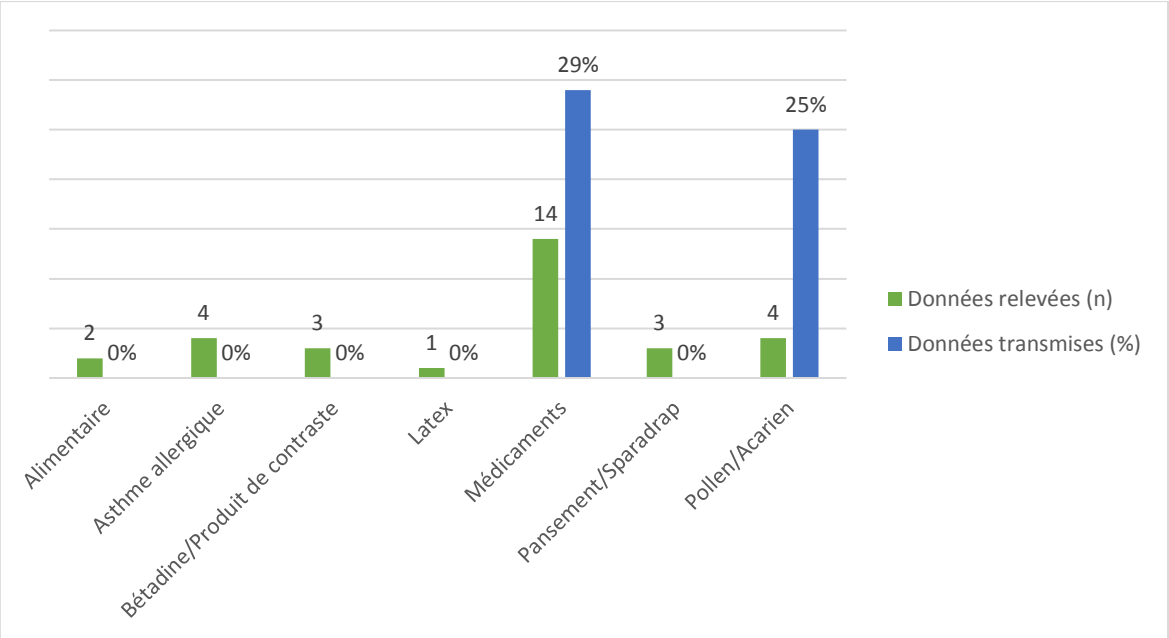
Les antécédents chirurgicaux ont été mentionnés dans 21% des cas.



<u>Figure 2</u>. Comparaison entre les différentes classes ASA relevées dans les dossiers et les classes ASA transmises oralement en SSPI.

3.2.3. L'allergie

La présence d'allergie a été relevée dans 30 dossiers d'anesthésie, 26 cas n'ont pas été signalés. 1 cas a été oublié par 1 MAR, 13 cas ont été omis par les IADE, 6 cas par les internes accompagnés d'IADE, 5 cas par le binôme MAR et IADE et 1 cas par le binôme MAR et interne.



<u>Figure 3</u>. Comparaison entre les différentes allergies relevées dans les dossiers et les allergies transmises oralement en SSPI.

3.2.4. Le handicap

Le handicap correspondait à la présence d'au moins un déficit tel que, un déficit auditif, visuel, sensitif, moteur ou encore à des troubles du langage. Il a été retrouvé dans 17% des dossiers d'anesthésies.

3.2.5. L'IMC

L'IMC a été transmis dans 4 cas.

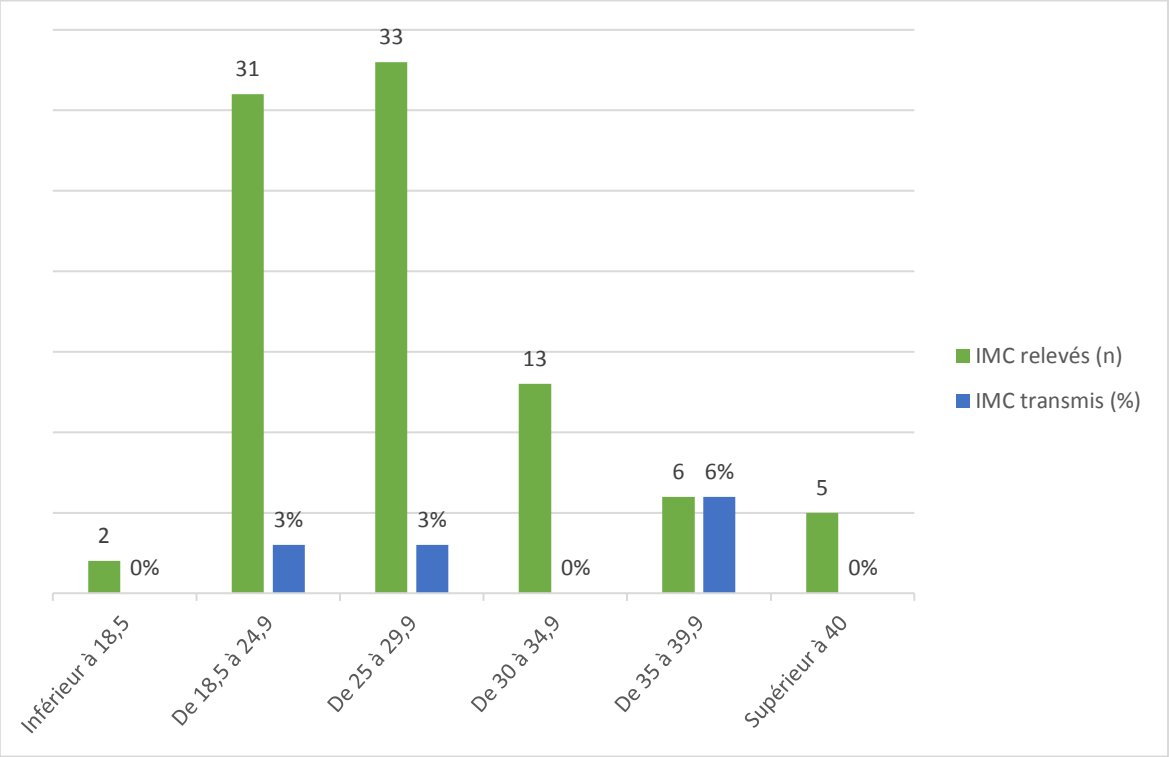


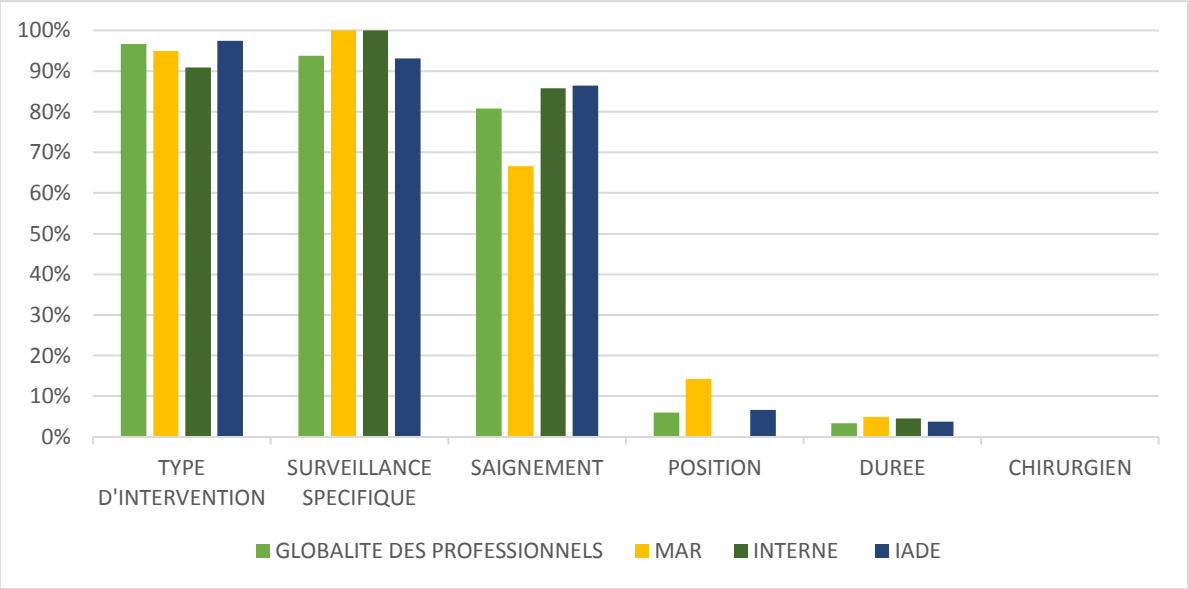
Figure 4. Comparaison entre les différents catégories d'IMC relevés dans les dossiers et les IMC transmis oralement en SSPI.

3.2.6. L'état dentaire

L'état dentaire a été transmis pour un seul patient sur les 16 qui présentaient des particularités. Pour cette personne, des pivots fragiles étaient présents. Pour les autres patients, il a été relevé des dents fragiles, de mauvais états dentaires et des pivots.

3.3. Recueil des données concernant la chirurgie

Les données transmises concernant les items de la chirurgie (*Annexe 2*) étaient en moyenne de 47%. Les différents professionnels les ont transmis dans la même proportion.



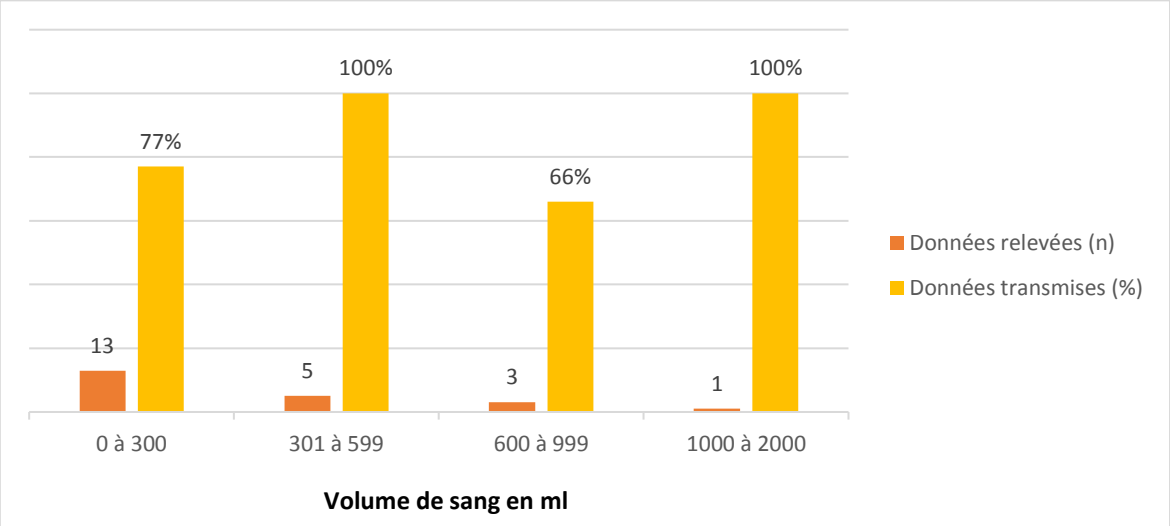
<u>Figure 5</u>. Données de la chirurgie transmises oralement en SSPI par les différents professionnels intervenants.

3.3.1. Le type d'intervention et la surveillance spécifique

Le type d'intervention réalisée a été transmis dans 97% des cas et les surveillances spécifiques qui en découlent dans 94% des cas ; les données ont été équivalentes quel que soit le professionnel ayant réalisé les transmissions.

3.3.2. Le saignement

Le saignement per-opératoire a été tracé et comptabilisé dans 24% des dossiers.



<u>Figure 6</u>. Comparaison entre les différents volumes de saignement relevés dans les dossiers et le saignement transmis oralement en SSPI.

3.3.3. La position

La position du patient a été transmise dans 2 cas sur 90. Il s'agissait d'un décubitus dorsal et d'une position Trendelenburg. Elle a été retrouvée et tracée sur le logiciel Diane® dans 56% des dossiers. Pour les autres patients, il n'y avait pas de traçabilité.

3.3.4. La durée

La durée de la chirurgie a été transmise dans 3 cas sur 90.

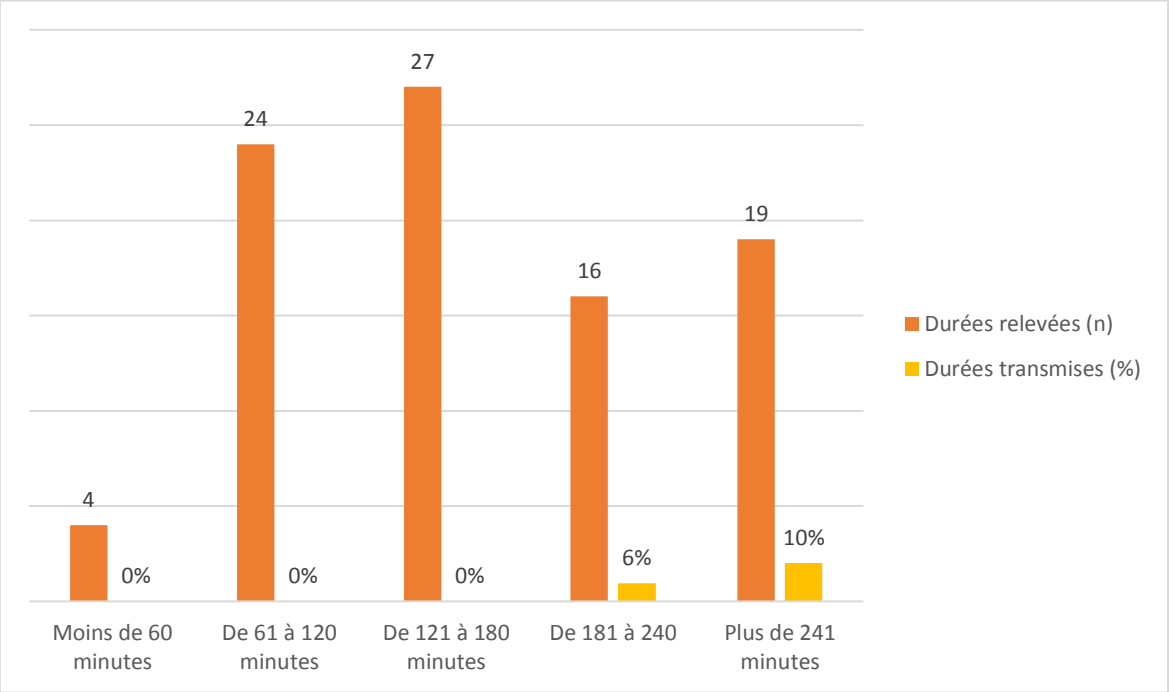


Figure 7. Comparaison entre les différentes durées de chirurgie relevées dans les dossiers et les durées de chirurgie transmises oralement en SSPI.

3.3.5. Le chirurgien

Le nom du chirurgien opérant, qu'il soit senior ou junior n'a jamais été transmis en SSPI. Il était tracé sur le logiciel Diane® dans tous les dossiers.

3.4. Recueil des données concernant l'anesthésie

Les transmissions portant sur l'anesthésie (*Annexe 2*) représentaient une moyenne de 54%, les MAR et les internes ont transmis en moyenne 36% des données, les IADE 54%.

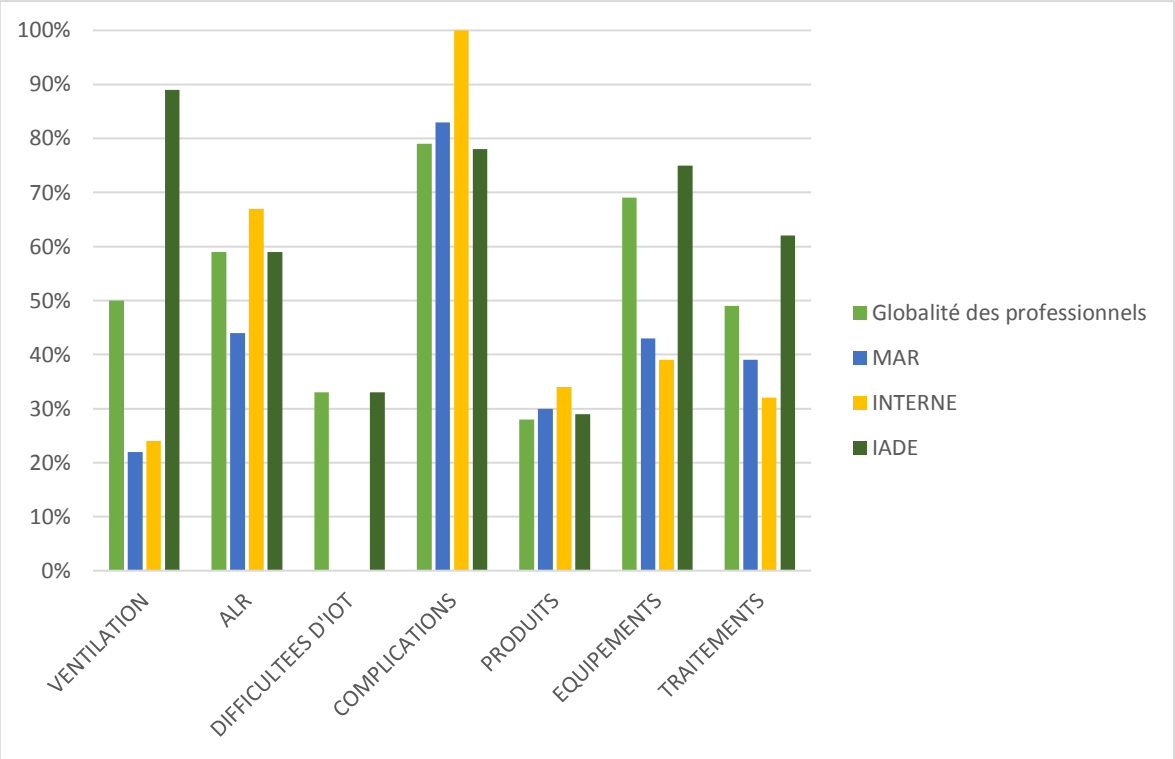


Figure 8. Données de l'anesthésie transmises oralement en SSPI par les différents professionnels intervenants.

3.4.1. Les techniques utilisées

Les techniques de ventilation per-opératoire ont été transmises dans 50% des cas, 22% par les MAR, 24% par les internes et 89% par les IADE.

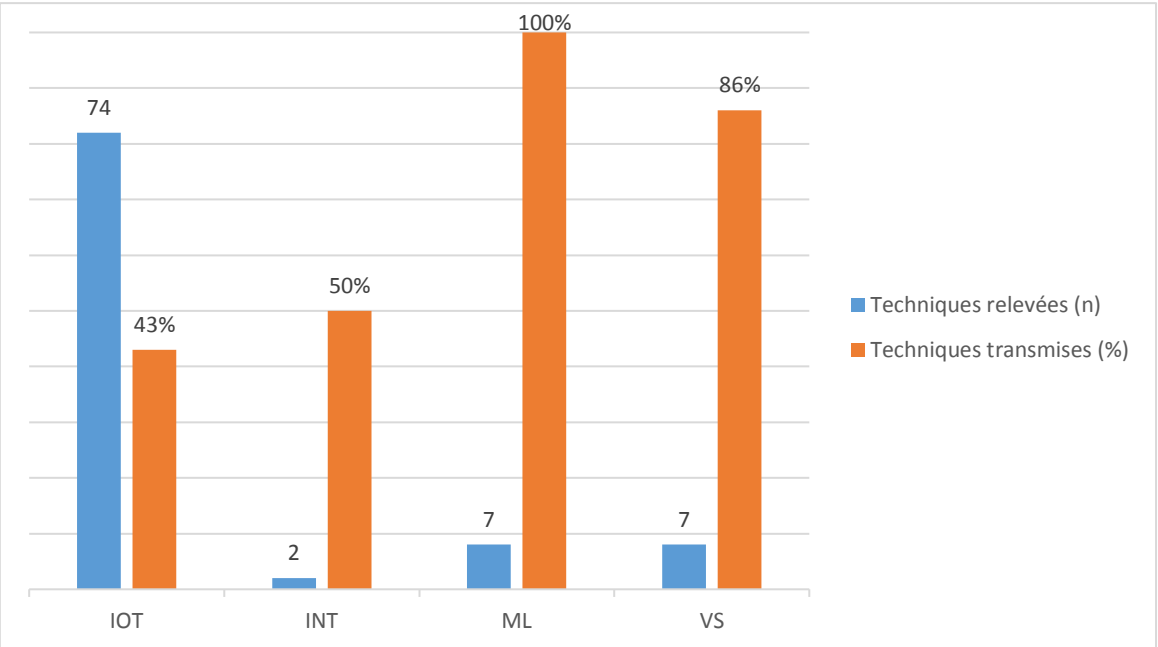
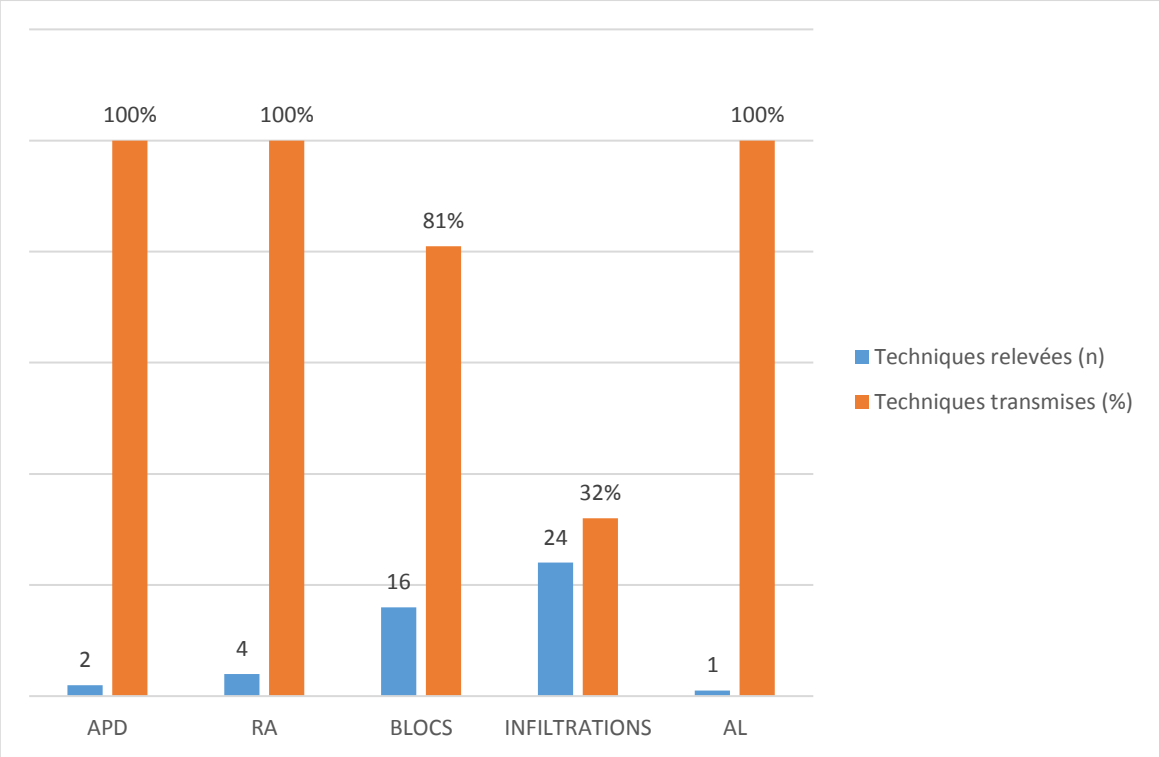


Figure 9. Comparaison entre les différentes techniques de ventilation relevées dans les dossiers et les techniques de ventilation transmises oralement en SSPI.

Les techniques d'ALR ont été mentionnées dans 59% des cas, 44% par les MAR, 67% par les internes et 59% par les IADE. Les blocs mentionnés correspondaient à des TAP blocs, des blocs axillaires, un BIS, un bloc plexique et des blocs fémoraux.



<u>Figure 10</u>. Comparaison entre les différentes techniques d'ALR relevées dans les dossiers et les techniques d'ALR transmises oralement en SSPI.

3.4.2. Les difficultés d'intubation

Sur les 90 dossiers d'anesthésie recueillis, 3 patients présentaient des difficultés d'intubation, nécessitant l'utilisation du mandrin d'Eischmann et plusieurs laryngoscopies. Cela a été transmis en SSPI dans un seul cas.

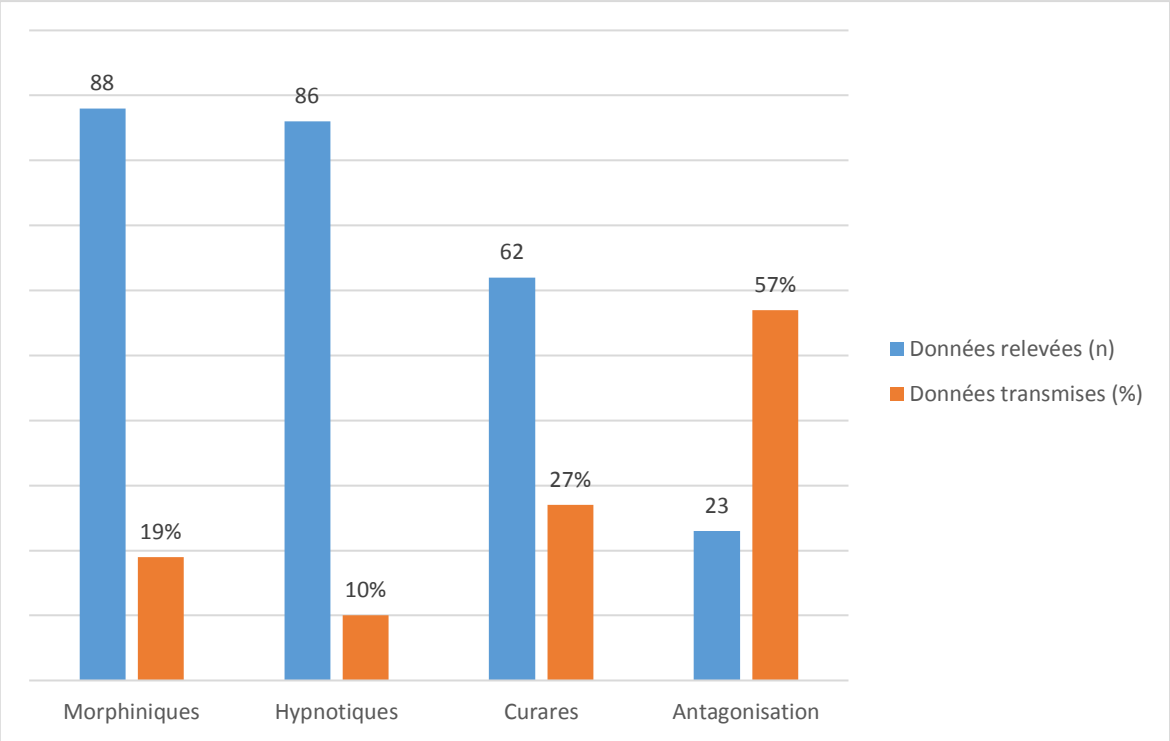
3.4.3. Les produits utilisés

Les Morphiniques utilisés ont été transmis à 37% par les MAR, 23% par les internes et 19% par les IADE.

Les Hypnotiques ont été signalés à part égale entre les différents professionnels.

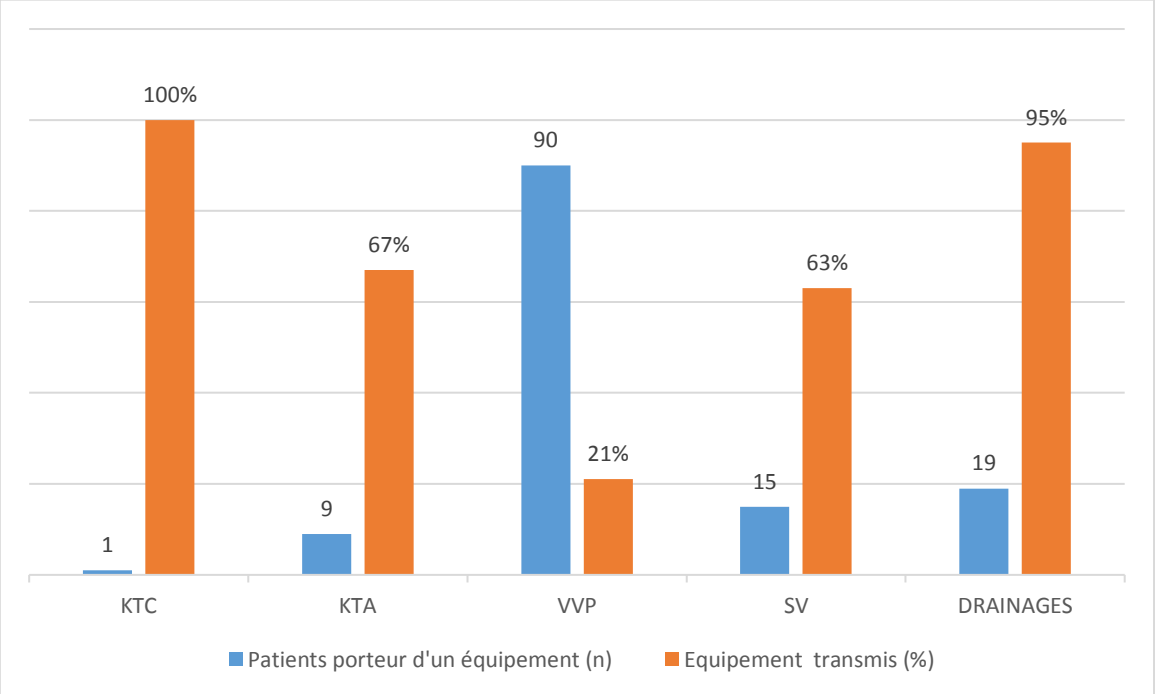
Les Curares ont été mentionnés à 38 % par les MAR, 27% par les internes et 26% par les IADE.

L'Antagonisation des curares a été transmis à 33% par les MAR, 83% par les internes et 60% par les IADE.



<u>Figure 11</u>. Comparaison entre les différentes classes de produits utilisés relevées dans les dossiers et les classes de produits transmises oralement en SSPI.

3.4.4. Les équipements



<u>Figure 12</u>. Comparaison entre les différents équipements relevés dans les dossiers et les équipements transmis oralement en SSPI.

3.4.5. Les traitements

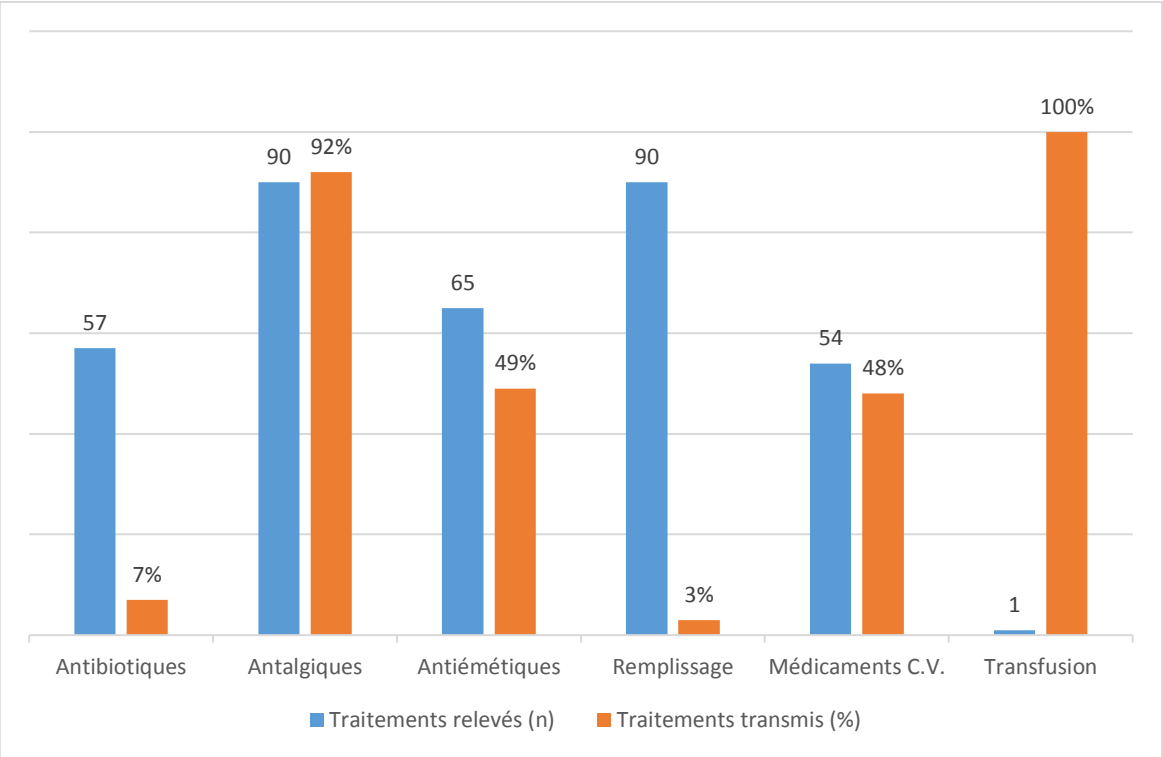


Figure 13. Comparaison entre les différents traitements administrés relevés dans les dossiers et les équipements transmis oralement en SSPI.

Les antibiotiques ont été administrés pour 64% des patients. Lorsqu'il s'agissait d'antibioprophylaxie, l'information a été transmise dans 5% des cas. 1 patient a reçu une antibiothérapie dans un contexte septique, cela a été transmis.

Les antalgiques ont été mentionnés à 75% par les MAR et à 95% par les internes et les IADE.

Les antiémétiques administrés ont été cités à 45% par les MAR, 29% par les internes et 52% par les IADE.

Le remplissage a été transmis pour 3 patients quelle que soit la quantité de soluté perfusé.

Les médicaments cardio-vasculaires utilisés ont été transmis à 42% par les MAR, 36% par les internes et 53% par les IADE.

Les produits sanguins labiles : 1 seul patient a été transfusé et cela a été transmis.

3.4.6. Les complications per-opératoires

Les différentes complications per-opératoires ont été transmises dans 79% des cas, 83% par les MAR, 100% par les internes et 78% par les IADE.

3.4.7. Autres traitements et bilans

16% des patients ont reçu d'autres thérapeutiques. Elles ont été transmises à chaque fois. Il s'agissait d'antihypertenseur, de corticothérapie ou d'antiépileptique.

Des bilans ont été réalisés pour 4% des patients et ont été transmis dans 75% des cas.

4. DISCUSSION

Cette étude a permis d'analyser les pratiques professionnelles concernant les transmissions orales réalisées auprès du personnel de la SSPI du CHU de Poitiers. A notre connaissance, cette approche n'a jamais été étudiée.

Qui transmet ? Qui reçoit ?

Les transmissions observées ont montré qu'elles étaient le plus souvent réalisées par les IADE (89%) par rapport aux MAR (22%) et aux internes d'anesthésie (24%).

Ceci peut s'expliquer par la présence systématique d'un IADE dans chaque salle de bloc et par l'organisation de service. De plus, leur effectif est plus important que celui des MAR ou des internes. Dans la majorité des cas, les transmissions ont été effectuées par une seule personne à la fois et dans un tiers des cas par deux professionnels. Ce sont principalement les IDE (83%) qui ont reçu les transmissions en SSPI. Lorsqu'un EIDE a pris des transmissions, il était toujours supervisé par un IDE ou un EIADE.

Les MAR et les internes ont peu pris les transmissions. Là aussi l'organisation de service est une explication : gestion de patients lourds ou nécessitants des soins continus, anesthésie en salle de réveil. L'absence des internes a pu se justifier par leurs obligations de formation universitaire ou de consultations d'anesthésies en dehors de la SSPI.

De toute évidence, différentes catégories de professionnels ont interagi. Ces professionnels ont des formations et des connaissances différentes, ceci peut expliquer des difficultés de communication et de compréhension.

Comment ?

La transmission est physique. Après la chirurgie, le patient a été transféré par l'équipe d'anesthésie en SSPI.

Le transfert aux professionnels de la SSPI comprenait à la fois le transfert des équipements de surveillance (électrocardioscope, calibrage des lignes artérielles, contrôle des VVP, branchement de l'oxygène mural ou du matériel de ventilation) et des informations spécifiques au patient et à la procédure. Le transfert simultané de l'équipement et des informations est fréquent ce qui augmente le risque de perte d'information [26].

La transmission est informatique. Le dossier informatisé per-opératoire du patient a été récupéré, un contrôle des informations transmises a donc été possible. Le passage en SSPI a lui aussi été tracé et enregistré. L'utilisation de l'outil informatique facilite le transfert des informations à partir des bases de données, assurant ainsi l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualisation des données [27, 28].

La transmission est orale. La SSPI observée dessert de nombreuses salles de bloc opératoire ; la charge de travail y est fluctuante avec des heures de fortes affluences où des sorties de différents blocs peuvent coïncider. Il existe des mouvements importants dans cet espace. Il y a donc un certain nombre d'obstacles et de distractions pour cette transmission orale pouvant interférer avec la prise en charge sécuritaire des soins du patient.

Quelles transmissions ? : Le patient

Certaines informations ont été fréquemment citées comme l'identité du patient, les antécédents médicaux importants et le handicap préexistant. Ces résultats sont concordants avec l'étude de Milby et al [29].

Les antécédents chirurgicaux et le score ASA ont été très peu rapportés [29, 30, 31].

Pour le score ASA, cela peut s'expliquer par la non connaissance des IDE de SSPI de cette donnée. Sachant que le score ASA reflète le risque anesthésique, on pourrait penser que l'omission de la transmission de cette donnée pourrait avoir un impact sur la surveillance du patient. Toutefois, les antécédents médicaux ont été correctement transmis et cela suffit probablement à l'équipe montante pour adapter une prise en charge optimale.

L'âge du patient a été évoqué dans 1 cas sur 2 et cela sans significativité par rapport aux différentes tranches d'âge. Ceci est également retrouvé dans d'autres études [29, 30].

L'IMC a été une donnée très peu transmise même lorsque les patients présentaient une obésité avec un IMC supérieur à 30 Kg/m^2, ce qui était le cas de près de un tiers des patients. Cette donnée semble pourtant pertinente car elle implique une prise en charge spécifique et adaptée quant à l'installation, l'oxygénation et les thérapeutiques possibles.

Quant à l'état dentaire, il a été évoqué pour un seul des 17 patients qui présentaient des dents fragiles, des pivots ou encore un mauvais état dentaire.

Quelles transmissions ? : La chirurgie

Des transmissions de chirurgies variées ont été observées et ont permis de mettre en évidence que le type de chirurgie et la surveillance spécifique qui en découle ont été très bien transmis et cela à plus de 94%. Cela peut s'expliquer par une organisation spécifique au CHU de Poitiers. Effectivement, le personnel de la SSPI a systématiquement été prévenu par un appel téléphonique qu'un patient sortant du bloc et opéré de « telle chirurgie » allait arriver. De même, le saignement per-opératoire a été bien transmis, contrairement aux études retrouvées [29, 30].

A l'inverse, la position, la durée de la chirurgie et le chirurgien opérant n'ont quasiment jamais été évoqués en SSPI, et cela quel que soit le professionnel qui effectuait les transmissions. La non-communication de la position et de la durée de la chirurgie a été concordante dans l'étude de Siddiqui et al [30]. Par ailleurs, la position per-opératoire n'a été enregistrée sur le logiciel Diane® que dans 51 dossiers. Cela a révélé un déficit de traçabilité. Une des raisons possibles pourrait être une installation standard de type décubitus dorsal. Cependant, après relecture des dossiers, plusieurs chirurgies telles que des sinus pilonidaux qui s'effectuent en position genu-pectorale n'ont pas été tracées.

Quelles transmissions ? : L'anesthésie

Le type d'anesthésie réalisé a été mentionné dans un cas sur deux. Toutefois, cette information a été donnée systématiquement par téléphone avant la sortie du bloc opératoire.

Il est à noter que la ventilation effectuée par un ML ou en VS a mieux été transmise que pour une IOT ou une INT. Ceci peut s'expliquer par une surveillance plus courte en SSPI de ces types de ventilations. Les difficultés d'intubation ont été rares, mais elles ont été peu rapportées.

Les informations particulièrement bien transmises concernaient les ALR (APD, RA et AL), ce qui a été retrouvé dans l'étude Piekarski et al [31]. Les équipements particuliers tels que les KTC et les drainages, les antalgiques et la transfusion administrés ont également été bien rapportés. Ces données sont concordantes avec d'autres études [29, 30]. L'analgésie semble primordiale car elle a une implication directe sur le comportement du patient en SSPI, elle est donc presque toujours signalée. De même, les complications per-opératoires ont bien été évoquées et correspondaient à différents problèmes. Des problèmes cardio-vasculaires (hypotensions artérielles, hypertensions artérielles, bradycardies et troubles du rythme), des complications ventilatoires (désaturations, inhalations bronchiques, bronchospasmes ou encore des intubations difficiles), des nausées, des vomissements, des saignements, des pertes de selles, un sondage vésical traumatique ou encore des algies. Il est à noter que lorsqu'il n'y avait pas de complications, le vocabulaire parfois utilisé était : « RAS », « ça s'est bien passé, pas de souci ou encore tout va bien ».

Concernant les techniques ALR, les infiltrations ont été peu rapportées. La plupart du temps, ces infiltrations ont été réalisées par le chirurgien, ce qui peut expliquer les oublis.

Dans cette étude, les omissions qui ont été constatées concernaient les produits utilisés pour l'anesthésie. En effet, les morphiniques, les hypnotiques et les curares administrés ont été peu rapportés. Les seuls morphiniques transmis étaient le Rémifentanil® en mode AIVOC. Les médicaments de l'antagonisation des curares ont été mieux transmis, ce qui montre que la surveillance de la curarisation a bien été effectuée.

Pour les équipements, les KTA et les SV ont été moyennement rapportés. Il en a été de même pour les VVP. Les situations où ces VVP ont été transmises correspondaient à la présence de plusieurs VVP ou de spécificités (présence d'un Octopus®, VVP avec un bouchon fermé ou position spécifique de la voie liée aux antécédents du patient).

Les traitements administrés qui n'ont quasiment jamais été rapportés étaient les antibiotiques (antibioprophylaxie) et le remplissage vasculaire per-opératoire [31].

Les antiémétiques et les médicaments cardio-vasculaires n'ont été évoqués que dans un cas sur deux.

Quelles transmissions ? : Qualité et pertinence

Il a été observé que certaines informations ont été transmises oralement mais qu'elles n'avaient pas été tracées. Dans ce cas, l'IDE de SSPI a alors rappelé l'IADE afin de reconfirmer la donnée transmise. Ainsi, les transmissions orales ont permis de corriger des omissions de traçabilité, ce qui confirme l'indispensable complémentarité de l'écrit et de l'oral.

Plusieurs facteurs ont pu entraîner l'omission d'éléments de données pendant le transfert. Le court temps de rotation entre les patients prévus au programme opératoire peut être l'une des principales raisons pour lesquelles l'équipe d'anesthésie s'est précipitée pendant le transfert. La qualité du transfert a aussi pu être influencée par l'expérience professionnelle du personnel.

Il serait certainement idéal d'avoir des transmissions complètes de toutes les informations pertinentes. En pratique, cela semble difficilement réalisable. Toutefois, certaines omissions peuvent entraîner des menaces pour la vie. Le relevé des informations transmises montre au total, de grandes variations qualitatives et quantitatives selon les intervenants et les patients.

La préoccupation de l'équipe descendante semble avoir toujours été la pertinence de l'information, ce que montre la quasi exhaustivité des données concernant le type de chirurgie, la surveillance spécifique ou le saignement.

Toutefois ce souci de pertinence est grevé par une mauvaise qualité de l'information dans certains cas. Ne pas dire qu'une intervention s'est déroulée sans problème chez un patient ASA 1, sans antécédent, opéré en décubitus dorsal pour une chirurgie simple ne présente pas de difficulté. Par contre, une omission devient dangereuse lorsqu'il s'agit d'antécédents lourds, notamment allergiques, de posture particulière, de complications péri-opératoires, d'antagonisation des curares ou d'autres spécificités. L'objectif des transmissions est le transfert de suffisamment d'informations pertinentes, informations qui permettent d'assurer la continuité de la prise en charge et la sécurité des patients.

Une liste de contrôle de transfert spécifique à la SSPI pourrait être formulée conformément aux préférences et aux pratiques professionnelles.

5. LIMITES DE L'ETUDE

Les limites de cette étude ont été :

1. **Le nombre de transmissions orales recueillis,** 90, est peut-être un chiffre insuffisant pour permettre une significativité optimale.
2. **L'écoute des transmissions orales.** Cette écoute a été facilement réalisable, toutefois ma présence en SSPI a pu être un biais non négligeable et a pu influencer les soignants dans leur façon de procéder.
3. **Une des difficultés rencontrées** a été d'écouter les transmissions lorsqu'elles étaient réalisées par plusieurs personnes, l'écoute a pu ne pas être optimale et certaines données n'ont pu être entendues. De même, il a été impossible d'observer des entrées simultanées en SSPI. Il aurait été intéressant que les recueils de données soient effectués par deux personnes en même temps. Nous avions pensé réaliser des enregistrements audio mais nous n'avons pu obtenir les autorisations nécessaires dans des délais restreints. Ces enregistrements auraient donné une plus-value importante dans l'analyse des données et aurait permis d'être le plus exhaustif possible.
4. **Aucune étude similaire** n'a été retrouvée dans la littérature concernant l'évaluation des transmissions orales réalisées en France en SSPI. Toutefois, la littérature internationale fournit quelques données concernant les pratiques courantes, notamment aux Etats-Unis, au Canada ou en Australie [5] et en Europe [29, 30, 31]. Les enquêtes réalisées en France portent le plus souvent sur les transmissions orales réalisées dans des services de réanimation [6].
5. **Il aurait été intéressant de prendre en compte le nombre d'années d'expériences professionnelles** des différents intervenants et de savoir s'ils avaient bénéficié de formation sur la communication ou sur les transmissions.

6. **De même, nous n'avons pas chronométré chaque transmission orale**. La durée de chaque transfert aurait pu être une donnée importante à prendre en compte. Il semble raisonnable d'avoir un laps de temps suffisant pour communiquer toutes les informations pertinentes pendant la période post-opératoire.
7. **Enfin, pour des raisons logistiques**, l'apparition d'évènements indésirables (en SSPI ou dans le service de chirurgie) liés à un manque de transmissions orales, n'a pas pu être mesuré.

6. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

De nombreuses initiatives ont été entreprises dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des transmissions au sein des structures de soin [32]. L'étude des processus de transmission des informations dans les secteurs à haut risque tels que l'aérospatial [33], les centrales nucléaires [34] ou les chemins de fer [35], a permis d'extraire des mesures générales pour sécuriser le processus de transmission inter équipe [36].

Différents outils sont utilisés pour améliorer la qualité et l'efficacité des transmissions, tels que des moyens mnémotechniques [37], des formulaires imprimés ou en ligne, des *check-lists* [38] (Annexe 3) ou encore des formations à la communication.

Toutes ces stratégies présentent trois types d'interventions, quel que soit les spécificités des différentes spécialités.

6.1. Première proposition : la standardisation

1. La standardisation des méthodes de communication vise avant tout à structurer les échanges d'information [39].
2. La *check list* la plus connue est celle développée par l'OMS pour vérifier l'identité du patient, le site opératoire, les problèmes intra/post-opératoires ainsi que le matériel chirurgical [40]. Elle est devenue Pratique Exigible Prioritaire en France à travers la procédure de certification des établissements de santé.
3. Etant donné l'absence de référentiel de bonnes pratiques sur les informations pertinentes à transmettre en SSPI, il serait intéressant d'établir un « gold standard ». Un travail d'EPP pourrait être réalisé à partir de ces recommandations d'experts locaux issus d'un groupe de travail et permettrait de mettre en œuvre des actions correctrices avec comme finalité une *check list* « transfert en SSPI ».

6.2. Deuxième proposition : la reconnaissance par tous qu'un transfert de responsabilité à lieu

Pour qu'un transfert de responsabilité soit reconnu, la présence de tous les membres de l'équipe, y compris les MAR ou interne en anesthésie devrait être systématique.

Il en est de même pour l'encadrement des étudiants. Chacun devrait alors avoir l'occasion de parler ou de poser des questions.

Pour faciliter le transfert de responsabilité, le contrôle de l'environnement est recommandé avec mise en place de lieux dédiés et utilisation de stratégies visant à la réduction du bruit et des interruptions. Ces mesures sont difficilement applicables en SSPI car la salle est commune et les sorties de bloc s'enchaînent. Toutefois, pour optimiser le transfert et s'assurer de l'attention de tous les membres de l'équipe, il serait essentiel que l'équipement de surveillance soit réinstallé dans un premier temps et qu'ensuite le transfert des connaissances soit réalisé. Le but serait de limiter les conversations lors de l'exécution des tâches car celles-ci diminuent l'attention [26].

Il serait intéressant d'effectuer un questionnaire auprès du personnel de la SSPI afin d'évaluer quelles sont les transmissions orales reçues, la satisfaction des intervenants, les difficultés éventuelles rencontrées et connaître leur besoin pour leur permettre une prise en charge optimale des patients. De même, un questionnaire pourrait être réalisé auprès des MAR, internes d'anesthésie et IADE pour savoir quelles transmissions leur semblent essentielles et pertinentes.

6.3. Troisième proposition : la simulation comme prévention des problèmes de communication

En 2012, le Rapport de mission de l'HAS a proposé que la formation par les méthodes de simulation en santé soit intégrée dans tous les programmes d'enseignement des professionnels de santé à toutes les étapes de leur cursus [41]. Dans les hôpitaux, cette méthode est peu répandue pour diverses raisons et notamment son coût.

Des études basées sur la simulation ont été réalisées pour déterminer les caractéristiques d'un bon transfert. Elles ont utilisé des mannequins hautefidélités, ont comparé les méthodes de transfert d'information, le travail d'équipe, la communication et la perte d'information pendant le transfert [42, 43, 44].

L'amélioration des compétences de communication est réalisée par le biais de formation et de la simulation. En effet, la pédagogie par simulation est un outil essentiel dans la formation de toutes les professions à risque et par conséquent pour les professionnels de la santé [45].

L'objectif de cette méthode pédagogique est l'acquisition de savoir, de « savoir-faire » et de « savoir-être ». La simulation permet l'acquisition de compétences techniques (mise en place de cathéter et réanimation) et de compétences comportementales (travail en équipe, communication et coordination interdisciplinaire) [46].

CONCLUSION

En conclusion, cette étude a rapporté que les transmissions orales réalisées par l'équipe d'anesthésie au personnel de SSPI ont été dans la plupart des cas informelles, non structurées et souvent incomplètes. Elle a mis en évidence une hétérogénéité dans la réalisation des transmissions et a mis l'accent sur certains points qui pourraient être améliorés.

La perte d'information se produit fréquemment pendant le transfert et affecte la continuité des soins. En 2016, au CHU de Poitiers, 14162 interventions chirurgicales ont été réalisées tous blocs confondus. 13533 patients sont passés en SSPI en post-opératoire, pour chaque patient des transmissions orales ont été effectuées. L'enjeu des transmissions orales semble donc être une priorité.

L'amélioration des transmissions est un objectif clé pour la sécurité des patients. Il semble aujourd'hui plus que nécessaire de sensibiliser les professionnels aux causes et aux conséquences des erreurs de transmission.

Une large diffusion des bonnes pratiques passe par la mise en œuvre de standardisation, par la reconnaissance de tous les professionnels qu'un transfert de responsabilité a lieu et par des formations sur la communication par le biais de simulations. Ainsi, un travail de groupe permettant l'instauration d'une *check list* « transfert en SSPI », pourrait limiter l'omission d'informations importantes et améliorerait la sécurité des patients. Une nouvelle étude devrait ensuite être réalisée pour documenter l'effet d'un processus de transfert amélioré.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Auroy Y, Bordier E, Grasser L, De Rudnicki S, Mérat S, Tourtier J-P, Benhamou D. Les transmissions : un enjeu important pour la sécurité des patients. Mapar 2010; 599-608.

[2] Ye K, McD Taylor D, Knott JC, Dent A, MacBean CE. Handover in the emergency department: deficiencies and adverse effects. Emerg Med Australas 2007; 19: 433-41.

[3] Nagpal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wong HW, Manchanda C et al. Postoperative handover: problems, pitfalls, and prevention of error. Ann Surg 2010; 252: 171-6.

[4] Haller G, Laroche T, Clergue F. Evènements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. Ann Fr Anesth Reanim 2011; 30: 923-9.

[5] Anwari JS. Quality of handover to the postanaesthesia care unit nurse. Anaesthesia 2002; 57: 488-93.

[6] Journois D, Nebout S, Kassoul A. La transmission médicale en réanimation.pdf [internet]. Conférence d'actualisation. SFAR 2014. http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/La transmission medicale en reanimation.pdf [consulté le 27 oct 2016].

[7] https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html.

[8] 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 2012; 19: 1188‑95.

[9] Researchers provide new template for more effective handoffs. Healthc Benchmarks Qual Improv 2010; 17: 49-52.

[10] Patterson ES. Structuring flexibility: the potential good, bad and ugly in standardisation of handovers. Qual Saf Health Care 2008; 17: 4‑5.

[11] 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: 1173-7.

[12] Wohlauer MV, Arora VM, Horwitz LI, Bass EJ, Mahar SE, Philibert I. The patient handoff: a comprehensive curricular blueprint for resident education to improve continuity of care. Acad Med 2012; 87: 411-18.

[13] Bhabra G, Mackeith S, Monteiro P, Pothier DD. An experimental comparison of handover methods. Ann R Coll Surg Engl 2007; 89: 298-300.

[14] Campion TR, 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; 99‑103.

[15] Boucheix JM, Coiron M. Analyse de l'activité de transmission écrite au cours des relèves de poste à l'hôpital : Evaluation ergonomique de l'usage d'un nouveau format. Activites 2008; 5: 79-102.

[16] Dunsford J. Structured communication: improving patient safety with SBAR. Nurs Womens Health 2009; 13: 384-90.

[17] Seifert PC. Implementing AORN recommended practices for transfer of patient care information. AORN J 2012; 96: 475-93.

[18] Arora V, Johnson J. A model for building a standardized hand-off protocol. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006; 32: 646-55.

[19] Halverson AL, Casey JT, Andersson J, Anderson K, Park C, Rademaker AW, et al. Communication failure in the operating room. Surgery 2011; 149: 305-10.

[20] Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey H, Meltzer D. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. Qual Saf Health Care 2005; 14: 401‑7.

[21] Horwitz LI, Moin T, Krumholz HM, Wang L, Bradley EH. Consequences of inadequate sign-out for patient care. Arch Intern Med 2008; 168: 1755-60.

[22] 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 2004; 164: 545-50.

[23] 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 2003; 18: 646-51.

[24] Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery 2003; 133: 614-21.

[25] 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 1993; 269: 374-8.

[26] Van Rensen E, Groen E, Numan S, Smit M, Cremer O, Tates K et al. Multitasking during patient handover in the recovery room. Anest Analg 2012; 115: 1183-7.

[27] Cheah LP, Amott DH, Pollard J, Watters DA. Electronic medical handover: towards safer medical care. Med J Aust 2005; 183: 369-72.

[28] Petersen L, Orav EJ, Teich JM, O'Neil AC, Brennan TA. Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. Jt Comm J Qual Improv 1998; 24:77-87.

[29] Milby A, Bohmer A, Gerbershagen MU, Joppich R, WapplerF. Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: a prospective analysis. Acta Anaesthesiol Scand 2014, 58: 192-7.

[30] Siddiqui N, Arzola C, Iqbal M, Sritharan K, Guerina L, Chung F et al. Deficits in Information Transfer Between Anaesthesiologist and Postanaesthesia Care Unit Staff: An Analysis of Patient Handover. Eur J Anesthesiol 2012; 29: 438-45.

[31] Pielarski F, Kaufmann J, Laschat M, Bohmer A, Engelhardt T, Wappler F. Quality of handover in a pediatric postanesthesia care unit. Paediatr Anaesth 2015; 25: 746-52.

[32] 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 2009; 84: 1775-87.

[33] Patterson ES, Woods DD. Shift changes, updates, and the on-call architecture in space shuttle mission control. Comput Support Coop Work 2001; 10: 317-46.

[34] 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: 36-55.

[35] Roth EM, Malsch N, Multer J, Coplen M. Understanding how train dispatchers manage and control trains: A cognitive task analysis of a distributed team planning task. Proc hum Factors Ergon Soc Annu Meet 1999; 43: 218-22.

[36] 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 2004; 16: 125-32.

[37] Haig KM, Sutton S, Whittington J SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm Qual Patient Saf 2006; 32: 167-75.

[38] Robins H M, Dai F. Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. AANA Journal 2015; 83: 265-8.

[39] Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 143-51.

[40] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009; 360: 491-9.

[41] Haute Autorité de Santé. Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. 10 janvier 2012, disponible en ligne sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante-rapport.pdf [consulté le 22 février2017].

[42] Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M, Shaw A. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. Br J Nurs 2005; 14: 1090-3.

[43] 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 2008; 134: 158 -62.

[44] Bogenstatter Y, Tschan F, Semmer NK, Spychiger M, Breuer M, Marsch S. How accurate is information transmitted to medical professionals joining a medical emergency? A simulator study. Hum Factors 2009; 51: 115-25.

[45] Boet S, Granry JC, Savoldelli G. La simulation en santé. De la théorie à la pratique. Springer-Verlag ed., Paris, France, 2013, 442 pages.

[46] Barsuk JH, McGaghie WC, Cohen ER, O'Leary KJ, Wayne DB. Simulation-based mastery learning reduces complications during central venous catheter insertion in a medical intensive care unit. Crit Care Med 2009; 37: 2697‑701.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Attestation de la déclaration CNIL.....I

ANNEXE 2 : Fiche de Recueil des transmissions orales en SSPI.....II

ANNEXE 3 : Handoff Checklist.....III

ANNEXE 1 : Attestation de la déclaration CNIL

Objet : Inscription au registre des traitements CNIL du CHU de Poitiers : Transmissions orales en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) : étude des pratiques et traitement statistique

Bonjour Madame Pourin,

Suite à nos derniers échanges, et votre validation de mes dernières remarques contenues dans mon message du 25/1/2017, j'ai le plaisir de vous confirmer l'inscription au registre des traitements CNIL du CHU de Poitiers à compter de ce jour 26/1/2017 des traitements suivants :

- Transmissions orales en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) : étude des pratiques et traitement statistique.

J'ai retenu la dernière version échangée ensemble des dossiers de collecte des informations ci-jointe.

Je vous remercie vivement de votre collaboration, reste à votre disposition pour toute modification de ce traitement, et pour tout sujet sur lequel vous souhaiteriez me consulter.

Cordialement,

Jean-Jacques Sallaberry

Adjoint au DSI - Responsable du Système d'Information
Correspondant Informatique et Libertés
Direction du Système d'Information et du Dossier Patient
Bâtiment AGORA Directions – RDC – Bureau 34
2 Rue de la Milètrie – CS 90577
86021 POITIERS Cedex
Tél : 05 49 44 40 39 – Fax : 05 49 44 44 02
Mail : jean-jacques.sallaberry@chu-poitiers.fr

ANNEXE 2 : Fiche de recueil des transmissions orales en SSPI

Fiche de recueil : Transmissions orales en SSPI : Etude des Pratiques Professionnelles												
Initiale Nom :						MAR	interne	IADE	EIADE	IDE	EIDE
Initiale Prénom :				Transmissions	émises						
Date de Naissance :					reçues						
					Patient 1						
PATIENT	Identité										
	Age										
	BMI										
	ATCD Médicaux										
	ATCD Chirurgicaux										
	Allergie										
	Score ASA										
	Handicaps (sourd, muet, aveugle, moteur)										
	Etat dentaire (pivots, dents fragiles)										
CHIRURGIE	Type d 'intervention										
	Chirurgien	Senior									
		Junior									
	Position										
	Durée (Min)										
	Saignement (ml)										
	Surveillance spécifique										
ANESTHESIE	Technique	AG : IOT, INT, ML, VS									
		ALR : APD, RA, BLOC, AL									
	Difficultées d'intubation										
	Produits utilisés	Morphinique									
		Hypnotique									
		Curare									
		Antagonisation									
	Equipement	KTC									
		VVP									
		KTA									
		SVE									
		DRAINAGE									
	Traitements	Antibiotiques									
		Antalgiques									
		Antiémétiques									
		Remplissage									
		Catécholamines									
		Transfusion									
	Complications per-opératoire										
	Autres traitements										
	Bilan										
	Examen										

ANNEXE 3 : Handoff Checklist [1]

ASSESS READINESS Are you ready for report?

YES ⇨ TIME OUT

NO ⇨ STOP

Both parties ask for a time-out for information exchange.

START HANDOFF

- **IDENTIFYING INFORMATION**
  - ✓ Patient name
  - ✓ Verify name on ID band
  - ✓ Procedure
  - ✓ Surgeon
- **MEDICAL HISTORY**
  - ✓ Past health conditions
  - ✓ Past surgeries
  - ✓ Allergies
- **ANESTHESIA**
  - ✓ Type of anesthesia
  - ✓ Airway management/concerns
  - ✓ Antibiotics
  - ✓ Vascular access: size/location
  - ✓ Invasive monitoring
- **INTRAOPERATIVE COURSE**
  - ✓ Anesthetic events/treatment/concerns
  - ✓ Analgesics
  - ✓ Antiemetic
  - ✓ Neuromuscular blockade/reversal
  - ✓ Surgical events/concerns
  - ✓ Intake/output/EBL
  - ✓ Blood products Yes/No
  - ✓ Labs
- **POSTOPERATIVE**
  - ✓ Patient status
  - ✓ Airway/O_2/Ventilator settings
  - ✓ Infusions
  - ✓ Postoperative analgesic/sedation plan
  - ✓ Postoperative antiemetic plan
  - ✓ Disposition

CLARIFICATION: Do you have any questions?

END HANDOFF

Figure 1. Handoff Checklist
Abbreviations: EBL, estimated blood loss; ID, identification; labs, laboratory tests; O_2, oxygen.

[1] Robins H M, Dai F. Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. AANA Journal 2015; 83: 265-8.

Ecole d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

UE 7 - MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste

2015-2017

TRANSMISSIONS ORALES EN SSPI : ETUDE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

La période post-opératoire immédiate est un temps important de l'anesthésie. Une communication incomplète ou incorrecte entre l'équipe d'anesthésie et celle de la salle de réveil peut avoir un impact négatif sur la morbi-mortalité des patients. L'objectif de cette étude a été d'évaluer les pratiques professionnelles en observant les transmissions orales réalisées en post-opératoire auprès du personnel paramédical et médical de la Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI).

Il s'agit d'une étude prospective descriptive de type évaluation des pratiques professionnelles réalisées au CHU de Poitiers en Salle de Surveillance Post Interventionnelle sur une période d'un mois. Un recueil de données par observation a été réalisé. L'étude a inclus les transmissions orales portant sur des patients majeurs en post-opératoire de chirurgies programmées sous AG ou ALR et ayant des dossiers d'anesthésie informatisés.

Au total 90 transmissions orales ont été observées. Elles ont été pertinentes et presqu'exhaustives pour la chirurgie et les surveillances spécifiques. Mais elles ont été informelles, non structurées et souvent incomplètes pour de nombreux items concernant le patient et l'anesthésie.

L'amélioration des transmissions orales est un objectif clé pour la sécurité des patients. Il semble utile d'optimiser le processus de transfert post-opératoire, en mettant en œuvre une liste de contrôle standardisée et une formation spécifique des professionnels par simulation.

Mots clés : Transmissions orales, Anesthésie, Salle de Surveillance Post Interventionnelle, Evènements indésirables, Standardisation, *Check list*, Simulation.

Auteur : Pourin Delafond Laure

Directeur de mémoire : Docteur Baudouin Didier

Ecole d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing

2015-2017

VERBAL HANDOVERS IN THE POST ANAESTHESIA CARE UNIT: A STUDY OF PROFESSIONAL PRACTICES

The early postoperative period is an important time for the anaesthetic process. Incomplete or inaccurate communication between the anaesthetic team and the post anesthesia care unit (PACU) may have a negative impact on patient outcomes.

The aim of this study was to evaluate professional practices by observing the verbal handover taking place postoperatively amongst the medical and allied health professional teams within a recovery unit.

This was a descriptive, prospective study evaluating professional practice and undertaken within the post anaesthesia care unit of Poitiers University Hospital over a period of one month. An observation assessment was undertaken. This study included verbal handovers for elective patients having undergone major surgery, under general anaesthetic or local anaesthetic, and for whom anaesthetic notes were available electronically.

In total, 90 handovers were observed. All were relevant and almost all were exhaustive for surgery or those relating to specific monitoring procedures. However, they were informal and unstructured and several aspects about the patient and the anaesthetic procedure were often incomplete.

Improving verbal handovers is a key goal for patient safety. Improving the transfer process by implementing a standardised checklist as well as simulation-based training appears useful.

Keywords : Handover, Anaesthesia, Post Anesthetisia Care Unit, Event undesirable, Standardization, *Check list*, Simulation.

Author : Pourin-Delafond Laure

Supervisor : Docteur Baudouin Didier