

Centre de formation et compétences

Secteur formations spécialisées

Formation spécialisée en soins d'anesthésie EPD ES

Travail de diplôme

LES TRANSMISSIONS INFIRMIERES INTERDISCIPLINAIRES

au cœur de la prise en soins de l'enfant opéré

Par RICHY Laurianne

Formation spécialisée EPD ES en soins d'anesthésie

Année 2017 – 2018

« Ce travail, d'initiation à la recherche de données probantes ou actualisées, est réalisé dans le cadre du programme de formations spécialisées en soins. Dans ce contexte, il est conforme au cadre de référence fixé (finalité, limites) pour la réalisation de cette démarche de formation ».

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences »

Françoise Dolto

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez... il y a 10 possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... »

Bernard Werber (écrivain français)

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de diplôme :

- Mon chargé de formation, Mr Robert DOURERADJAM, pour sa disponibilité sans faille, son soutien et ses conseils.
- Mme Emmanuelle DONGOIS pour m'avoir accordé de son temps et avoir répondu à mes questions.
- Mr Thierry LAROCHE et Mme Bozana TRBIC pour leur aide lors de ma recherche exploratoire.
- Mes collègues de formation pour nos échanges, leur bonne humeur et leur soutien pendant 2 ans.
- Mes actuels collègues anesthésistes et mes anciens collègues des Soins intensifs de Pédiatrie également pour leur soutien et pour nos nombreux échanges sur ce travail.
- Mes enfants Noa et Mila, mon conjoint et mes parents pour leur soutien tout au long de cette formation.
- Et enfin... Google translate, sans qui jamais je n'aurais pu traduire tous ces articles écrits en anglais !

Résumé

Titre

Les transmissions infirmières interdisciplinaires au cœur de la prise en soins de l'enfant opéré.

Auteur

RICHY Laurianne

Institution

Formation spécialisée EPD-ES en Soins d'Anesthésie – Hôpitaux Universitaires de Genève

Contexte et objet de réflexion

Le transfert de l'enfant opéré du bloc opératoire vers les Soins intensifs représente une transition critique dans la continuité des soins. Les transmissions infirmières, qui font partie de notre rôle propre, sont un des moyens pouvant garantir cette continuité. Hélas, de nombreux facteurs peuvent entraver le bon déroulement de ces transmissions et entraîner ainsi une perte d'informations : charge de travail, environnement complexe, outils mis à disposition, communication interdisciplinaire difficile... La sécurité de l'enfant, tout comme la qualité des soins dispensés, peuvent alors être altérées. S'en suit la question de réflexion suivante : De quelle manière l'infirmier(e) anesthésiste peut-il (elle) garantir la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins postopératoires lors du transfert de l'enfant du bloc opératoire vers les Soins intensifs de pédiatrie.

Méthode de la recherche documentaire

La recherche a été effectuée sur les bases de données Google, Google Scholar et Pubmed en privilégiant les articles concernant la population pédiatrique. Trois articles anglophones publiés en 2016 ont particulièrement retenu mon attention parmi une dizaine sélectionnés : deux concernent des études sur les transmissions entre le bloc opératoire et les Soins intensifs de pédiatrie et le troisième article est une revue de littérature traitant plus largement des transmissions postopératoires et des facteurs pouvant influencer la sécurité du patient lors de ces transmissions. J'ai ensuite réalisé un entretien auprès d'une infirmière anesthésiste travaillant au bloc opératoire de pédiatrie aux HUG pour compléter la recherche.

Résultats

La recherche documentaire et l'entretien d'expert m'ont permis de mettre en évidence les facteurs pouvant influencer la qualité des transmissions : si certains facteurs personnels ou environnementaux sont difficilement modifiables dans le contexte actuel, d'autres éléments, tels que la communication interprofessionnelle, le travail d'équipe et les outils de transmission utilisés par les soignants, peuvent être travaillés et améliorés.

Perspectives

Afin d'améliorer la qualité des transmissions infirmières et donc de réduire le risque de perte d'informations, je propose trois axes de travail : rétablir et améliorer la communication interdisciplinaire, mettre en place des transmissions infirmières systématiques et constituer un groupe de travail pour élaborer et mettre en place un outil de transmission adapté.

Mots clefs

Transmissions infirmières, transfert post-opératoire, anesthésie et soins intensifs pédiatriques, continuité des soins, perte d'informations, collaboration interdisciplinaire, communication, sécurité.

Nombre de mots : 392 mots

Sommaire

Table des matières

INTRODUCTION	6
1. CHOIX DU SUJET	7
1.1 Situation de départ.....	7
1.2 Recueil d'informations générales.....	10
1.3 Formulation de la question de réflexion	18
2. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNEES	19
2.1 Méthodologie de la recherche documentaire	19
2.2 Objectifs et méthodologie de l'entretien d'expert	21
3. PRESENTATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET DE L'ENTRETIEN D'EXPERT	22
3.1 Synthèse des résultats de la recherche documentaire	22
3.2 Synthèse de l'entretien d'expert.....	28
4. DISCUSSION	31
5. PROPOSITIONS D'AMELIORATION	35
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXE I	I
FICHES DE LECTURE	IV
TRAME D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ	XII
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ENTRETIEN D'EXPERT	XIII

Introduction

Ayant travaillé près de douze ans comme infirmière spécialisée dans les unités de Soins Intensifs de pédiatrie (USI) et de Néonatalogie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), j'ai ensuite choisi de me diriger vers le métier d'infirmière anesthésiste. Ce travail de réflexion s'inscrit dans le cadre de la formation spécialisée en Soins d'anesthésie que j'ai débuté en Janvier 2017.

J'ai souhaité me servir de cette expérience professionnelle et de mon stage au bloc opératoire de Pédiatrie lors de la formation pour pouvoir aborder un sujet concernant les deux unités : les transmissions infirmières entre l'équipe d'anesthésie et l'équipe des Soins intensifs suite au transfert de l'enfant en postopératoire. Mon vécu d'infirmière dans les deux unités me permet d'avoir une vision assez globale de la prise en charge de ces enfants. Les transmissions infirmières postopératoires ne sont pas optimales, et ce, depuis plusieurs années : informations incomplètes ou erronées, transmissions parfois inexistantes, absence de procédure standardisée et bien définie, déclarations d'incidents récurrentes... Le transfert du bloc opératoire vers les Soins intensifs représente une étape critique et l'absence de transmissions efficaces peut entraîner une rupture dans la continuité des soins et nuire à la sécurité de l'enfant.

Dans une première partie, je vais présenter les situations qui m'ont influencée pour le choix du sujet. L'analyse plus en détail de ces situations grâce à deux outils méthodologiques ainsi qu'une première recherche documentaire mettant en lumière les conséquences et complications possibles du problème, ont abouti à la formulation de ma question de réflexion. La méthodologie utilisée pour la recherche documentaire et l'entretien d'expert ainsi que leurs résultats font l'objet des deux parties suivantes. La quatrième partie de ce travail est consacrée à l'analyse et à la discussion de ces résultats. De là, je proposerai des pistes d'amélioration pouvant être mises en œuvre sur le terrain.

1. Choix du sujet

1.1 Situation de départ

La collaboration entre les USI et l'équipe d'anesthésie du bloc opératoire de Pédiatrie est fréquente et se fait principalement lors des retours de bloc. Il y a deux situations bien distinctes que je vais détailler.

Le retour de bloc de l'enfant opéré cardiaque

La procédure de transfert est très protocolée depuis plusieurs années. L'infirmier(e) des USI en charge de l'enfant est appelé par l'infirmier(e) anesthésiste pour venir chercher l'enfant directement au bloc. Cela permet d'avoir une première « photo » du patient. J'en profitais à l'époque pour demander à l'équipe d'anesthésie si l'opération s'était bien déroulée, je relevais quelques informations importantes telles que la perfusion périphérique, la diurèse, les saignements, la présence ou non d'amines et la stabilité de l'enfant. Une check-list (annexe I) doit être remplie en collaboration avec l'équipe d'anesthésie. Cette check-list permet d'avoir de nombreux renseignements sur l'équipement (taille et localisation des voies veineuses et/ou artérielles), les temps de CEC/clampages, les perfusions en cours... Elle permet également à l'infirmier(e) en charge de l'enfant en postopératoire de retranscrire ces informations plus facilement sur le système informatique des USI (Clinisoft) qui est différent de celui du bloc.

Ensuite vient le temps de l'installation de l'enfant sur son lit (avec démêlage des nombreux câbles et tubulures) puis du transfert jusqu'aux USI. Les personnes présentes pour le transfert sont l'équipe d'anesthésie (médecin et infirmier), accompagnée de l'infirmier(e) des USI. A l'arrivée dans le service, le médecin anesthésiste fait des transmissions orales à l'équipe des USI, en présence des chirurgiens et au pied du lit de l'enfant. Ce sont des transmissions uniquement médicales, l'infirmier(e) complète si besoin, mais rarement. L'installation du patient ne commence normalement qu'une fois les transmissions terminées.

Autres retours de bloc

L'équipe d'anesthésie amène le patient directement dans l'unité. Les transmissions à l'équipe se font au pied du lit du patient et sont effectuées également par le médecin anesthésiste. En tant qu'infirmière en charge de l'enfant, j'étais souvent amenée à installer le patient pendant les transmissions médicales. Je n'avais pas eu de 1ère « photo » de l'enfant

au bloc, mais un contact téléphonique rapide avec les anesthésistes pour connaître l'équipement. Les prises en charge étaient parfois autant, voire plus complexes que les chirurgies cardiaques : enfant instable sur le plan hémodynamique, équipement important, perfusion de produits sanguins en cours... Pour ce type de prise en charge, il n'y a pas de transmissions écrites ou de Check-list. Des transmissions infirmières ne sont pas forcément effectuées en complément des transmissions médicales qui sont, quant à elles, souvent très techniques et détaillées. Certaines informations, indispensables à mon sens pour la suite de la prise en charge, n'étaient pas transmises par le médecin ou, tout du moins, pas en totalité car peut-être plus spécifiques au rôle infirmier.

Voici les informations et éléments qui, à l'époque, me manquaient parfois pour la suite de la prise en charge, ou ne favorisaient pas la continuité des soins :

Informations liées aux parents et au comportement de leur enfant en préopératoire

- Si les parents accompagnaient leur enfant, étaient-ils prévenus de la fin de l'intervention ? Quelles étaient leurs coordonnées téléphoniques ?
- Comment s'était passée la séparation parents/enfant ou infirmière/enfant dans le sas d'anesthésie avant l'entrée au bloc opératoire ? Quel avait été le contact avec l'enfant ?

Informations et éléments liés à la prise en charge anesthésique

- Comment s'était déroulée l'induction anesthésique ? Quelle avait été la méthode employée ? (induction au masque ou induction intra veineuse)
- L'enfant avait-il été difficile à équiper ? (abords veineux)
- Sur quelle(s) voie(s) veineuse(s) étaient perfusés les médicaments ? Sur quelle voie veineuse pouvais-je injecter des médicaments en urgence si besoin ?
- Quelles étaient la position et la mesure du tube endotrachéal ou de la voie centrale ? Y avait-il eu un contrôle radiologique ?
- Quels étaient les horaires des dernières doses d'opiacés, de curares ou d'antibiotiques ?
- Quelles avaient été la stabilité hémodynamique et respiratoire per opératoire ? Y avait-il eu beaucoup de remplissage vasculaire et quels avaient été les produits utilisés ? (produits sanguins, cristalloïdes)
- Les pratiques différentes (dues à la spécificité de chaque unité) pour ce qui concerne, par exemple, l'entretien ou le montage des voies veineuses ou la fixation du tube

endotrachéal.

- Les systèmes informatiques de surveillance et de prescriptions étaient (et sont toujours) différents, ce qui implique lors du transfert d'une unité à l'autre « une remise à zéro » avec potentiellement une perte d'informations.

Informations liées à la chirurgie

- Quels avaient été la position opératoire et le temps d'intervention ? (qui pouvaient avoir des conséquences sur l'état cutané de l'enfant)
- Quelle était la localisation des pansements et avec quoi avaient-ils été réalisés ?
- Quelle était la localisation exacte des drains (cardiaques, abdominaux...) ?

Lors de mon stage au bloc de Pédiatrie, j'ai pu observer que les procédures et pratiques pour les transferts n'ont pas changé. Des transmissions infirmières ne sont pas toujours présentes, il n'y a pas de support, de trace écrite ou de Check-list pour les patients non opérés cardiaques et les systèmes informatiques sont toujours différents. Même en ce qui concerne les enfants opérés cardiaques, en fonction du médecin avec qui j'ai pu travailler ou de la charge de travail qu'il y avait, je n'ai pas toujours pu effectuer des transmissions à l'infirmier(e) des USI qui venait chercher l'enfant. J'ai pu faire quelques transferts d'enfants du bloc vers les USI et j'ai eu du mal à trouver ma place en tant qu'infirmière lors des transmissions : il n'y a pas toujours de temps consacré aux transmissions infirmières.

En discutant avec les infirmier(e)s anesthésistes, nous remarquons ensemble un manque d'uniformité dans les transmissions ; chacun transmet ou non ce qui lui paraît nécessaire sans connaître exactement les informations qui sont réellement importantes pour la suite de la prise en charge de l'enfant aux USI. Un certain nombre d'entre eux ne font parfois pas de transmissions du tout et laissent ce rôle au médecin. Ils soulèvent également une collaboration et une communication difficiles avec l'équipe des soins intensifs lors des transferts qu'ils ont pu effectuer, ainsi que des transmissions régulièrement interrompues par l'installation de l'enfant et le peu de disponibilité et d'écoute de l'infirmier(e) à ce moment-là. Les pratiques de soins, priorités et habitudes de chaque unité sont différentes et engendrent parfois des conflits ou incompréhensions et quiproquos.

Discussion avec les infirmier(e)s des Soins Intensifs

J'ai souhaité revoir avec mes ancien(ne)s collègues s'il leur manquait toujours des informations importantes et si les transmissions infirmières étaient un peu plus présentes. Malheureusement, des difficultés de communication et de transmissions perdurent de leur

coté également. Beaucoup d'incidents seraient toujours déclarés entre les deux unités : ils concerneraient, entre autres, des problèmes liés aux différences de pratique. Ces problèmes entraîneraient un risque important pour la sécurité de l'enfant. Certains signalent l'importance de transmissions purement infirmières et que les transmissions médicales (effectuées parfois lors de l'installation de l'enfant), sont parfois trop détaillées, techniques et moins utiles pour la prise en charge infirmière.

Les déclarations d'incidents entre les deux unités sont, depuis plusieurs années, très régulières. J'ai donc contacté Mr Thierry LAROCHE, responsable qualité du service d'Anesthésie aux HUG pour voir plus en détail la nature de ces incidents, et si certains pouvaient être dus à un défaut de transmission. Après lecture et analyse rapide, la plupart des rapports d'incidents concerne des problèmes liés à des différences de pratique et de protocole de soins ou à des difficultés de communication entre les soignants.

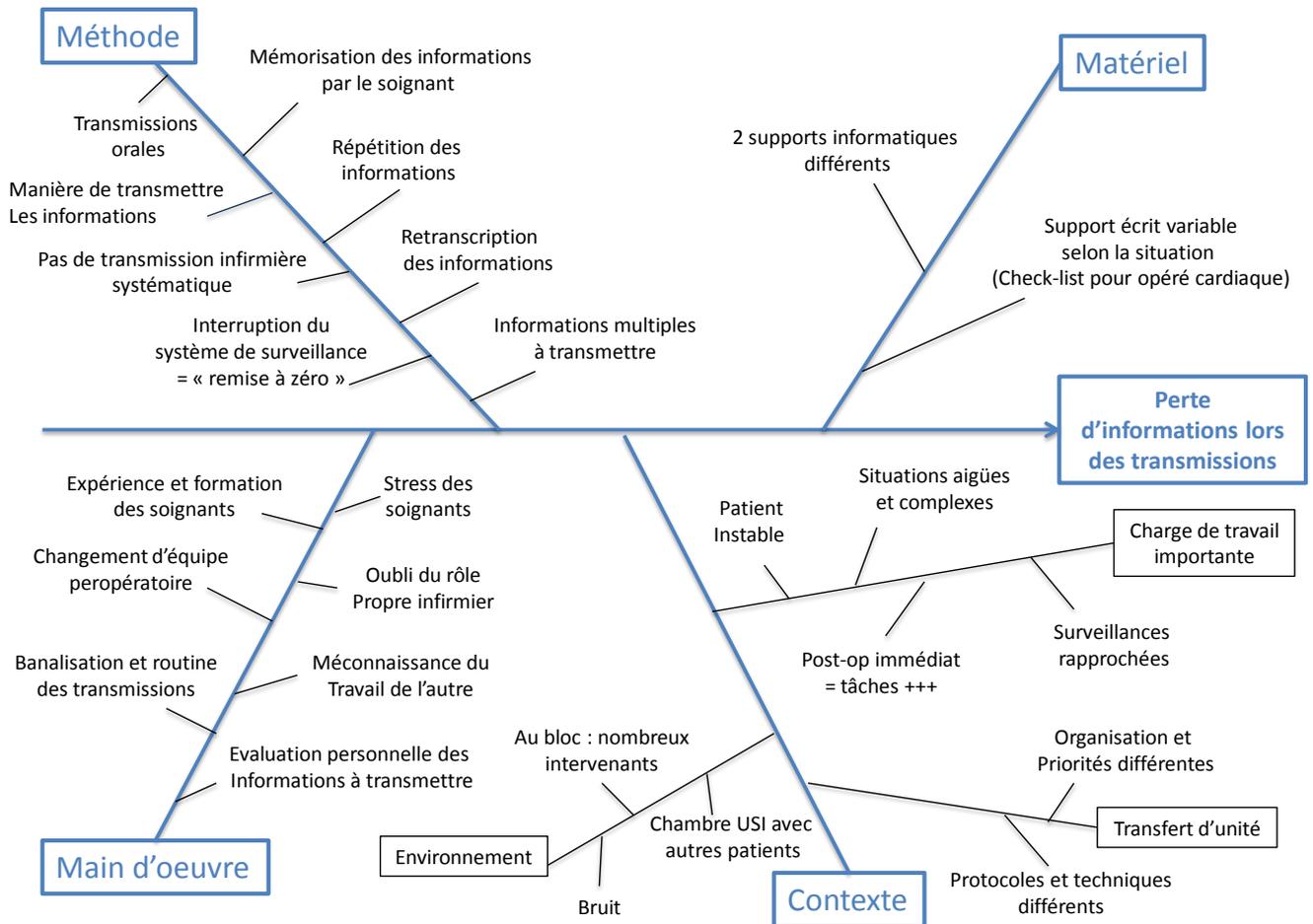
1.2 Recueil d'informations générales

Les transmissions incomplètes entre l'équipe d'anesthésie et l'équipe des USI lors du retour de bloc, et donc le risque de perte d'informations, est un sujet récurrent et soulevé très régulièrement. Plusieurs travaux de recherche ont été effectués par des infirmier(e)s des USI et ont débouché sur quelques améliorations et changements de pratiques (principalement pour la prise en charge de l'opéré cardiaque). Malheureusement, la qualité et le déroulement des transmissions, ainsi que la communication entre les deux équipes, ne sont encore pas optimaux et l'insatisfaction perdure de chaque côté.

La collaboration entre les deux équipes est pourtant quotidienne (jours ouvrables), comme nous le montrent ces chiffres extraits grâce au système informatique des HUG : 334 enfants transférés en postopératoire vers les USI en 2016 et 315 enfants en 2017.

Afin de mettre en lumière les différents axes qui pourraient être à l'origine de ce problème, j'ai tout d'abord analysé cette situation à l'aide de 2 outils méthodologiques : le diagramme cause-effet et l'outil CQQCQOP.

Diagramme cause-effet



On peut remarquer que les facteurs pouvant entraîner une perte d'informations sont très nombreux. Ce risque est bien évidemment lié au contexte en lui-même, difficilement modifiable (transfert d'unité, changement d'équipe, complexité des situations), mais également à des méthodes et supports de transmission variables d'un soignant à l'autre ou selon la situation. Il y a aussi parfois une absence totale de transmissions infirmières.

Outil CQQCQOP

Qui ?

- L'équipe médicale et infirmière anesthésiste du bloc opératoire de pédiatrie
- L'équipe médicale et infirmière des USI
- Les enfants nécessitant une prise en charge postopératoire aux USI

Quoi ?

- Les transmissions infirmières lors du transfert d'un patient du bloc opératoire vers les USI
- La continuité des soins, la perte et le manque d'informations
- La sécurité du patient
- Le manque de communication entre les 2 équipes
- Les feuilles d'incidents entre les 2 unités

Comment ?

- Environnement souvent bruyant avec un nombre de personnes important dans la pièce, que ce soit au bloc opératoire ou aux USI
- Transmissions orales

Pourquoi ?

- Manque d'uniformité dans les prises en charge :

Les procédures de transfert sont différentes selon la chirurgie effectuée : pour les opérés cardiaques, l'infirmier(e) des USI vient au bloc chercher l'enfant et le transfère avec l'équipe d'anesthésie. Pour les autres prises en charge, c'est l'équipe d'anesthésie qui transfère seule l'enfant aux USI.

- Complexité des prises en charge :

Les patients transférés aux USI en postopératoire sont souvent des patients fragiles avec des co-morbidités associées et/ou qui ont bénéficié d'une chirurgie lourde. Ils peuvent être instables, les soins sont aigus et les surveillances rapprochées : il y a beaucoup d'informations à transmettre et les interventions durent parfois plusieurs heures. L'équipe qui transfère le patient n'a pas forcément été celle qui a fait l'induction et suivi le patient pendant toute la durée de l'intervention. Le risque de perte d'informations et de rupture dans la continuité des soins est important.

- Oubli du rôle propre infirmier :

Les transmissions font partie du rôle propre infirmier. La transmission est souvent laissée au médecin. Il en résulte que des informations spécifiques au rôle infirmier peuvent être oubliées et non transmises.

- Transfert d'une unité à l'autre :

L'enfant n'est pas transféré en salle de réveil mais directement aux USI. Il y a donc changement d'unité, d'équipe et de responsabilité.

- Certaines techniques de soins sont différentes : à titre d'exemple, la fixation du tube endotrachéal qui ne se fait pas de la même manière et avec du matériel différent, ce qui implique une nouvelle fixation en postopératoire immédiate si l'enfant reste intubé (il faut alors parfois injecter une sédation complémentaire pour fixer le tube sans risquer une extubation accidentelle).
- Chaque unité possède son propre système informatique pour la surveillance de l'enfant et il n'y a pas de support écrit commun : lors du transfert du bloc vers les USI, il est nécessaire de retranscrire les informations concernant la taille des voies veineuses, les prescriptions d'amines, d'antibiotiques ou d'analgiques par exemple. Le bilan des entrées et sorties repart également de zéro.
- Les priorités et l'organisation de chaque unité sont différentes : l'équipe d'anesthésie prend en charge le patient sur une période donnée relativement courte (temps de l'intervention), alors que l'équipe des USI peut parfois prendre en charge ce même patient sur plusieurs semaines. Cela peut engendrer de nombreuses incompréhensions sans une bonne communication.

- La répétition des informations est importante : si un(e) infirmier(e) des USI est venue au bloc aider au transfert, elle a déjà eu certaines informations qui doivent être de nouveau répétées au médecin à l'arrivée aux USI. Toutes les informations qui sont demandées pour remplir la Check-list ont, de plus, déjà été notées dans Metavision (système informatique de surveillance au bloc opératoire).

Où ?

- Aux hôpitaux universitaires de Genève
- Au bloc opératoire ou aux USI
- Au pied du lit de l'enfant

Quand ?

- En fin d'intervention si les transmissions ont lieu au bloc : période pendant laquelle l'équipe d'anesthésie a de nombreuses choses à faire : relais de l'antalgie, clôture du dossier et des perfusions, radio de l'enfant, gestion de l'hémodynamique si l'enfant est instable, transfert de la table d'opération au lit.
- En postopératoire immédiat, si les transmissions ont lieu aux USI
- Le jour ou la nuit, et parfois pendant les changements d'équipe
- Problème existant depuis plusieurs années

Combien ?

- Au cours de plusieurs transferts

L'utilisation de cet autre outil montre les implications et conséquences du changement d'unité pour l'enfant opéré qui nécessite une prise en charge avec surveillance aigüe et rapprochée aux USI : multitude de tâches, instabilité potentielle, changement de système de surveillance et de pratiques de soins, répétition des informations. Il confirme également le manque d'uniformité dans les méthodes de transmission. Le risque de perte d'informations m'apparaît comme inéluctable.

L'analyse de ces deux outils me permet d'émettre l'hypothèse qu'une communication et une transmission incomplètes, suite au transfert postopératoire d'un enfant aux USI, peuvent entraîner une perte d'informations importante et compromettre la sécurité, la qualité et la continuité des soins.

J'ai ensuite effectué une première recherche documentaire en lien avec cette hypothèse de départ et les concepts qui s'en dégagent. J'ai recherché des informations sur les transmissions lors des transferts de patients d'une unité à une autre et sur l'impact que peut avoir une rupture de la transmission d'informations et de la communication sur la sécurité du patient et la continuité des soins. Les premiers articles trouvés sont assez généraux et concernent essentiellement la population adulte.

Le transfert patient

Le transfert clinique est défini, selon la British Medical Association, comme un transfert de la responsabilité professionnelle et de la responsabilité pour certains ou tous les aspects des soins pour un patient, à une autre personne ou à un groupe professionnel, que ce soit de manière temporaire ou permanente (1).

Auroy Y dans son article de 2010 traitant des transmissions et de la sécurité du patient, qualifie le transfert patient de macro-rupture (2) : on y retrouve la « notion de changement de responsabilité ou d'autorité, de structure de soins ou d'organisation de soins ».

Dans un second article publié en 2011 dans les annales françaises d'Anesthésie et de réanimation sur les évènements indésirables et les problèmes de communication en péri opératoire, Haller G considère, quant à lui, qu'un changement d'unité représente une étape critique pour la communication et peut avoir des conséquences sur la qualité et la continuité des soins (3).

La prise en charge d'un patient chirurgical implique l'interaction de plusieurs unités et équipes de soins. Dans ma situation, au sein du département de l'enfant et de l'adolescent des HUG, l'enfant ayant subi une intervention chirurgicale élective ou urgente est transféré soit en salle de réveil de Pédiatrie (avec par la suite un transfert dans l'unité de soins ou aux Soins intermédiaires), soit directement aux USI lorsque l'extubation doit être différée ou que la stabilité de l'enfant nécessite une surveillance rapprochée. Ce transfert d'unité implique un changement d'équipe en charge, donc de responsabilité médicale, mais aussi un changement d'environnement, d'organisation, de techniques de soins, de matériel de surveillance et d'outil informatique.

Une étude publiée par Caprice C. Grennberg dans le « journal of american college of surgeons » en 2007 répertoriant les dommages aux patients chirurgicaux impliquant des échecs de communication, a conclu que le transfert des soins était particulièrement vulnérable aux défaillances : 39% des défaillances de communication étaient associées à des transferts physiques de patients (4).

On peut donc se rendre compte que le transfert dans une autre unité représente une étape critique pour le patient : il y a une rupture dans la continuité des soins et dans la communication avec un risque d'incident. Une des solutions étudiées depuis de nombreuses années pour pallier cette rupture est la transmission.

Les transmissions

« 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 » Nebout S, 2014 (5).

Selon le dictionnaire des soins infirmiers (1995), les transmissions infirmières sont « des informations orales et/ou écrites permettant à chaque membre de l'équipe soignante de connaître les éléments nécessaires pour dispenser des soins infirmiers adaptés à l'évolution de l'état de santé de la personne soignée. Elles sont indispensables à la continuité des soins ».

Le syndicat national des professionnels infirmiers (6), quant à lui, précise différentes utilités des transmissions infirmières :

- Transmettre des informations fiables, utilisables rapidement par tous, pour la continuité des soins en garantissant la traçabilité des soins dispensés.
- Permettre par la verbalisation de ce qui s'est passé, de récupérer des erreurs ou des dysfonctionnements.
- Echanger et partager des expériences ou des ressentis.
- Transmettre un savoir théorique et/ou technique.

Comme expliqué dans ma situation de départ, la transmission entre infirmier(e)s n'est pas systématique et la transmission d'informations lors du transfert est parfois laissée au médecin. Certaines informations sont, à mon sens, plus spécifiques à la prise en charge infirmière et n'ont que peu de place dans la transmission médicale.

Il est ici important d'apporter une précision sur un point de l'organisation de chaque unité : lors de la prise en charge de l'enfant au bloc opératoire par l'équipe d'anesthésie, les deux professionnels que sont le médecin et l'infirmier(e), sont présents pendant toute la durée de l'intervention auprès de l'enfant. Ils collaborent de près pour tout ce qui est lié à l'équipement, par exemple, injecter les médicaments, noter dans le dossier la mesure à laquelle sont fixés le tube endotrachéal ou la voie veineuse centrale. Ils connaissent tous les deux l'emplacement exact des abords veineux et ce qui coule sur chaque voie. Aux USI, le médecin en charge connaît bien sûr l'équipement de l'enfant, mais c'est l'infirmier(e) qui va injecter les médicaments sur la voie veineuse en cas d'urgence, qui décide sur quelle voie il est possible de rajouter un médicament (selon les incompatibilités médicamenteuses), qui va refixer le tube endotrachéal et noter dans le dossier le repère de fixation ou surveiller la mesure de la voie centrale pour ensuite signaler au médecin tout problème ou changement.

Une revue systématique de la littérature sur la sécurité lors des transmissions postopératoires, publiée dans « Anesthesia & Analgesia » par Segall N en 2012, énumère les conséquences possibles d'une mauvaise communication ou transmission entre équipes soignantes : évaluation clinique et diagnostics inexacts, diagnostic retardé, répétition d'exams, augmentation de la durée de séjour, oubli de tâches ou de soins, inexactitudes d'informations, erreurs d'administrations médicamenteuses ou insatisfaction du patient (7).

La commission mixte d'accréditation des hôpitaux américains, citée par Piekarski dans son article en 2015, a ainsi montré qu'une mauvaise transmission ou un oubli d'information entre individus ou équipes soignantes pouvaient être identifiés comme la cause principale de plus de 60% des événements indésirables recensés (traduction libre, p747) (8).

La continuité des soins

Un rapport publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé par Reid R en Mars 2002 (9), explore le concept de continuité des soins.

« La continuité des soins, c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient (ou sa famille) comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins ».

Il me paraît important de détailler les 3 types de continuités abordées dans ce rapport :

- La continuité informationnelle qui est la disponibilité et l'utilisation des renseignements antérieurs ou provenant d'autres sources, ceci afin d'éviter les ruptures dans la continuité des soins. Elle permet de « prodiguer des soins adaptés aux circonstances actuelles du patient »
- La continuité relationnelle désigne la relation thérapeutique entre le soignant et le patient. La relation continue entre les deux « offre le support permettant de relier les soins dans le temps et d'assurer la transition entre des événements ».
- La continuité d'approche est la coordination cohérente des actions de soins par différents intervenants (médicaux ou infirmiers). La synchronisation des actions paraît être une donnée importante.

Nous pouvons donc voir ici que la transmission et l'utilisation pertinente des informations entre personnels soignants est un des facteurs qui peuvent garantir la continuité

des soins. Les stratégies de soins doivent également s'appliquer de façon cohérente, et ce, grâce à une bonne coordination des intervenants.

1.3 Formulation de la question de réflexion

Grâce à l'utilisation des deux outils méthodologiques, j'ai pu réaliser que les facteurs pouvant entraîner une perte d'informations lors des transmissions étaient multiples et extrêmement variés. J'observe une grande variabilité des procédures, des méthodes de transmission et des supports utilisés. Les informations sont parfois répétées de nombreuses fois et doivent être retranscrites dans un autre système informatique. L'environnement dans lequel les transmissions sont effectuées peut également changer.

Il en ressort un manque évident de structure et d'uniformité dans la méthode de transmission utilisée. Ma recherche documentaire et l'analyse des différents concepts dégagés mettent, quant à eux, clairement en évidence l'importance de la transmission entre professionnels de santé lors d'un transfert du patient et les conséquences possibles d'une transmission incomplète ou erronée sur la sécurité, la qualité et la continuité des soins post opératoires.

Les transmissions sont une étape primordiale du transfert de l'enfant en postopératoire. Même si de nombreuses informations sont très techniques et sont plus facilement transmises par le médecin, les transmissions font également partie du rôle propre infirmier et ont toutes leur place dans ce contexte de soins aigu.

Parmi tous les axes de réflexion possibles, je souhaite orienter mon travail sur la méthode et le support de transmission utilisés, car l'absence de procédure bien définie et commune à tous les transferts peut, selon moi, être délétère à la qualité de la prise en charge de l'enfant en postopératoire et nuire à sa sécurité.

J'en viens donc à la question de réflexion suivante :

De quelle manière l'infirmier(e) anesthésiste peut-il (elle) garantir la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins postopératoires, lors du transfert de l'enfant du bloc opératoire vers les Soins Intensifs de Pédiatrie ?

2. Méthodologie du recueil de données

2.1 Méthodologie de la recherche documentaire

Les objectifs de ma recherche documentaire sont les suivants :

- Déterminer et comprendre les freins à une transmission inter-équipe de qualité.
- Identifier les facteurs favorisant une transmission efficace des informations (environnement, communication, travail d'équipe).
- Explorer les outils et supports utilisés pour les transmissions entre bloc opératoire et unité de Soins Intensifs Pédiatriques.
- Trouver dans la littérature quelques recommandations et pistes d'amélioration transférables au secteur.

Pour déterminer les mots clés de cette recherche, j'ai choisi de m'aider de la méthode PICO simplifiée qui m'a permis de distinguer 3 critères :

Population étudiée : l'enfant en postopératoire immédiat

Intervention : la transmission des informations, communication inter-équipe

Contexte : transfert du bloc opératoire vers les Soins Intensifs de Pédiatrie

J'ai tout d'abord commencé mes recherches avec des mots clés en français puis très rapidement en anglais sur les différentes bases de données disponibles : Google, Google Scholar et Pubmed principalement.

Voici les mots clés que j'ai utilisés :

- « Nurse handoff » or « handover protocol »
- « Team communication »
- « Postoperative handoff »

- « Pediatric intensive care unit » or « Pediatric post anesthesia care unit » or « operating room »
- « Continuity of care »
- « Patient safety »

J'ai trouvé douze articles contenant un ou plusieurs mots clés présents dans ma liste : dix concernaient la population pédiatrique. Parmi ces dix articles, j'ai sélectionné les plus ciblés par rapport à mon travail, c'est-à-dire traitant des transmissions entre le bloc opératoire et les Soins intensifs (et non la salle de réveil). J'ai ensuite éliminé ceux qui traitaient uniquement de la chirurgie cardiaque, étant donné qu'un protocole existe déjà pour ce type de prise en charge. Deux des trois articles restants étant très similaires, j'ai choisi le plus récent. Voici les deux premiers articles choisis, tous deux datant de 2016 :

- « **Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit : the receiver's perception** » écrit par Fabila & al. en 2016 (10) : c'est un article dont l'auteur principal est médecin anesthésiste pédiatre dans un hôpital pour femmes et enfants de Singapour. L'objectif de l'étude était d'évaluer, au sein de l'unité de soins intensifs pédiatriques, une nouvelle technique de transmission postopératoire afin d'en améliorer l'efficacité et d'assurer la sécurité et la continuité des soins au patient.
- « **Operating room to pediatric intensive care unit handoff : improving communication and team relations while driving process improvement** », écrit par Kamath et al. en 2016 (11), est une étude qui s'est déroulée aux Etats-Unis au sein du bloc opératoire et de l'unité des soins intensifs de pédiatrie d'un hôpital de l'Iowa. Les auteurs (infirmiers, anesthésistes et autres consultants) ont mis en place puis évalué un modèle de transmission structuré ayant pour objectif d'améliorer la communication, la dynamique d'équipe et la sécurité du patient.

Les deux publications concernant la population adulte sont des revues de littérature effectuées par les auteurs. Mon choix s'est rapidement arrêté sur celle effectuée principalement par une infirmière anesthésiste et qui est également la plus récente (2016). Elle traite plus largement des transmissions postopératoires et des facteurs influençant la sécurité du patient lors de ces transmissions et s'intitule « **Factors influencing patient safety during postoperative handover** » (Rose & Newman) (12).

Mes recherches ne m'ont pas permis de trouver d'articles sur les transmissions purement infirmières, mais plutôt sur les transmissions effectuées par l'équipe d'anesthésie (médecin et/ou infirmier) à l'équipe des Soins Intensifs.

2.2 Objectifs et méthodologie de l'entretien d'expert

L'entretien a pour premier objectif de conforter l'intérêt de mon sujet auprès d'un expert de l'anesthésie pédiatrique. Je souhaitais également connaître son ressenti sur la qualité et le fonctionnement actuel des transmissions post opératoires, et voir quels facteurs, selon lui, pouvaient les influencer dans le contexte actuel. Mon dernier objectif était de recueillir son avis, voire ses propositions, sur les moyens et/ou outils à mettre en place pour améliorer les transmissions entre les deux équipes.

En ce qui concerne le choix de l'expert, j'ai souhaité faire appel à une personne effectuant régulièrement des transferts entre le bloc opératoire et les Soins Intensifs de Pédiatrie. Mon travail étant axé sur les transmissions spécifiquement infirmières et ma recherche ne m'ayant pas permis de trouver des articles ciblés sur cela, mon choix s'est naturellement tourné vers Mme Emmanuelle DONGOIS, infirmière anesthésiste travaillant sur le secteur POM (Pédiatrie, Ophtalmologie, Maternité) depuis 2010. Elle est également devenue référente infirmière en pédiatrie il y a un an et demi.

J'avais préparé six questions ouvertes pour cet entretien, en lien avec les objectifs cités plus haut. J'ai également orienté l'entretien en fonction des informations et des résultats que j'avais trouvés dans la littérature, de façon à ce qu'ils puissent être critiqués par l'expert. Les questions de l'entretien se trouvent en annexe, ainsi que le formulaire de consentement.

3. Présentation des résultats de la recherche documentaire et de l'entretien d'expert

3.1 Synthèse des résultats de la recherche documentaire

Les fiches de lecture des trois articles que j'ai choisi d'analyser se trouvent en annexe.

J'ai souhaité présenter les résultats de ma recherche en fonction des objectifs que je m'étais fixés au départ. Cependant, les freins et les facteurs favorisant sont très complémentaires. J'ai donc rassemblé ces deux objectifs en une seule partie que je traite ci-dessous.

Facteurs influençant la qualité de la transmission des informations lors du transfert postopératoire

Rose et Newman ont effectué en 2016 une revue de la littérature et ont classé les facteurs pouvant avoir un rôle sur la sécurité du patient à l'aide d'un outil utilisé en santé publique (le Social-Ecological Model ou SEM) qui montre l'influence d'un individu et de son environnement sur une situation donnée, ici la transmission postopératoire (12).

Ils ont classé les différents facteurs en quatre catégories :

Facteurs individuels

- Le style de communication personnelle : la communication verbale comme la clarté du discours, le ton employé, l'utilisation d'un langage propre à sa spécialisation ou la manière de transmettre les informations clefs influencent la qualité de la transmission, tout comme la communication non verbale (contact visuel, posture, gestuelle et orientation du professionnel par rapport aux autres soignants).
- L'expérience professionnelle : même si un haut niveau d'expérience (ou d'ancienneté) et un nombre important de transferts et de transmissions réalisés favorisent en général la qualité de la transmission, l'étude de Manser et al. (1) citée par Rose et Newman (12) a pu

démontrer que les stagiaires ou internes étaient beaucoup plus à la recherche d'informations que leurs aînés.

- Les processus cognitifs et la capacité à prioriser les informations : Il a été relevé dans plusieurs études sélectionnées dans cet article que les priorités concernant les informations importantes à transmettre variaient en fonction du soignant qui effectuait les transmissions. De même, la perception du déroulement de la chirurgie et de ses conséquences postopératoires est différente selon la spécialisation des soignants (équipe anesthésique / équipe des soins intensifs).

Facteurs interpersonnels

- La dynamique interprofessionnelle et la qualité du transfert d'informations : les transmissions vont s'effectuer entre deux équipes hautement spécialisées : chaque spécialité priorise différemment et transmet les informations qui lui semblent essentielles pour sa propre prise en charge. Une des conséquences du fait que chacun se concentre sur ses propres priorités entraîne une surcharge d'informations pour l'infirmier(e) qui reçoit le patient et donc une difficulté pour prioriser les soins. Rose et Newman (12) ont trouvé plusieurs articles montrant que de nombreuses informations nécessaires à la prise en charge par les infirmier(e)s de soins intensifs n'étaient pas transmises (par omission ou volontairement car estimées peu importantes) : certaines transmissions observées étaient incomplètes et incluaient rarement des informations concernant la gestion per et postopératoire de la douleur par exemple. Une bonne collaboration interdisciplinaire leur semble alors primordiale pour que la transmission réponde aux besoins de chacun.

- Travail d'équipe ou « teamwork »

L'étude de Mazzocco et al. en 2009 (13), citée par Rose et Newman (12) a pu démontrer que les patients, pris en charge par des soignants ayant un bon travail d'équipe lors du transfert et des transmissions, avaient un meilleur outcome et un risque moins important de complications postopératoires.

Le respect mutuel et le fait d'attendre que tout le monde soit prêt pour débiter la transmission diminuent le risque de perte d'informations (12).

L'atmosphère de travail est également un facteur à prendre en compte : « les tensions et le manque de clarté sur les responsabilités de chacun contribuent à des échecs de communication menant eux-mêmes à des transmissions inefficaces » (traduction libre p332) (12).

Des relations interpersonnelles de longue date entre les équipes peuvent aussi influencer la transmission selon Rose et Newman, et ce, dans les deux sens : une bonne connaissance de l'autre peut soit faciliter le transfert d'informations (communication implicite, moins d'interprétations du non verbal par exemple), soit le gêner (dans ce cas l'anesthésiste peut s'attendre à ce que l'infirmier(e) recevant le patient connaisse les protocoles anesthésiques et transmet donc moins d'informations) (12).

La hiérarchie entre parfois aussi en jeu : « Les relations hiérarchiques peuvent constituer une barrière à une communication ouverte et libre entre les divers professionnels » (traduction libre p332) (12).

Facteurs environnementaux

Le bloc opératoire et les soins intensifs sont des environnements de travail complexes : équipes pluridisciplinaires avec un nombre important de soignants, patients instables et vulnérables, travail sous pression (enchaînements et respect du programme opératoire), soins devant être effectués plus ou moins rapidement avec turnover parfois important des patients (12).

Rose et Newman ont également identifié le bruit ambiant, les interruptions et distractions diverses (alarmes, appels téléphoniques, autres patients dans la chambre ou fin de la chirurgie), le manque de luminosité et un espace restreint, voire inexistant, pour écrire comme facteurs pouvant altérer le transfert d'informations (12).

Facteurs organisationnels

La présence d'un cadre structuré implanté par une organisation de santé ou par l'institution, des outils comme des check-lists ou des protocoles internes aux unités permettent, toujours selon les mêmes auteurs, de standardiser la procédure de transmission et donc d'en améliorer l'efficacité. Il a aussi été montré que le développement et l'utilisation d'une check-list entraînent une diminution des événements indésirables péri opératoires, erreurs de tâches et oublis d'informations, et améliorent le flux de travail et la satisfaction du personnel (12).

Fabila et al. (10) et Kamath et al. (11) sont les auteurs des deux autres articles que j'ai souhaité analyser. Ils ont réalisé des audits et des enquêtes d'opinion auprès du personnel soignant sur les méthodes de transmission utilisées, avant de développer et d'implanter de nouvelles procédures. Il s'agissait de transmissions postopératoires effectuées par l'équipe d'anesthésie à l'équipe des soins intensifs pédiatriques.

Les problèmes principaux qui ressortent de l'étude de Fabila et al. sont les suivants : le peu d'accessibilité aux informations, le manque de clarté et de structure, les interruptions et le bruit, le manque d'opportunité de poser des questions, l'inexistence d'un leader, la complexité des chirurgies et le travail multidisciplinaire. Tous ces facteurs contribuent à une insatisfaction du personnel et à une perte d'informations (10).

Dans l'étude de Kamath et al. , les soignants soulignent également un manque de structure. Chaque transfert est différent, le contenu des informations transmises varie selon les personnes et il peut y avoir des redondances. Les enregistrements vidéo montrent un nombre trop important de soignants pendant les transmissions avec des échanges verbaux multiples et simultanés, mais également de nombreuses contradictions par rapport aux informations recueillies au préalable et un manque d'informations essentielles à la prise en charge du patient. Tous ces facteurs, ajoutés à la méconnaissance du rôle et du travail de chacun, contribuent, toujours selon les soignants interrogés, à une tension sous-jacente et à des relations interservices pauvres (11).

Les facteurs pouvant influencer la transmission des informations sont donc multiples et très variés. La qualité des transmissions ne dépend pas uniquement des soignants mais aussi beaucoup des facteurs extérieurs et moyens mis à disposition.

Les deux paragraphes suivants sont consacrés aux moyens qui peuvent être mis en place pour améliorer et faciliter le transfert d'informations pendant les transmissions postopératoires : tout d'abord les outils et supports écrits, largement utilisés et cités dans la littérature, puis une liste de recommandations et de pistes à explorer selon les auteurs cités.

Outils et supports utilisés pour les transmissions entre le bloc opératoire et l'unité de soins intensifs pédiatriques

Dans les études de Fabila et al. (10) et Kamath et al. (11), mais aussi dans la plupart des publications trouvées lors de ma recherche documentaire, un modèle de structuration de pensée et/ou un document écrit et structuré ont été utilisés pour améliorer les transmissions postopératoires.

Modèles de structuration de pensée

Ces modèles permettent de structurer mentalement la communication.

Le modèle SBAR est issu de l'US Navy et a été adapté au contexte des soins (3). Il a été détaillé dans l'article de Nebout et al., la transmission médicale en réanimation (5). Ses initiales signifient :

- Situation (contexte) : Identification du patient.
- Background (Appréciation) : 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.
- Assesment (recommandations) : examen clinique et évaluation des anomalies relevées.
- Recommandation : suggestions claires, précises et factuelles sur les décisions attendues.

Fabila et al, quant à eux, ont intégré au modèle SBAR déjà utilisé dans le service de soins intensifs, un nouveau protocole, le « PETS handover protocol ». Ils y ont notamment ajouté et adapté le système développé par l'OMS : le « Timeout » pour attirer l'attention des soignants et le « Sign-out » pour leur permettre de poser des questions ou demander des clarifications (fermeture de la boucle du transfert d'informations) (10).

Un autre modèle, adapté du modèle SBAR a été utilisé dans une étude sur les transmissions postopératoires en salle de réveil pédiatrique (14) : il s'agit de l'ISBARQ. Les items Introduction (attendre que toute l'équipe soit prête avant de commencer à transmettre les informations) et Questions, ont été ajoutés aux items SBAR.

Check-list

Les articles retenus (10, 11 et 12) mettent tous en avant les avantages d'un document structuré et standardisé.

Selon Rose et Newman (12), développer et implanter des outils et check-lists améliore l'efficacité des transmissions et entraîne une diminution des évènements indésirables en périopératoire. Cela améliore également la satisfaction des soignants et diminue l'oubli d'infos et les erreurs de tâches (traduction libre p333).

Kamath et al. (11), prônent l'utilisation du document écrit et non informatique dans un premier temps pour plus de « simplicité et de visibilité » (traduction libre p2). Une check-list utilisée pour tous les types de prises en charge et non spécifique à un type de chirurgie est

également préférable selon eux pour éviter trop de variabilité, de confusion ou de mauvaise compliance des soignants (traduction libre p6). Les résultats des enquêtes auprès du personnel soignant après mise en place du nouveau protocole sont très positifs : deux ans après, 80% observent une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mais aussi des relations interdisciplinaires, du travail en équipe et de la communication. Les rapports d'incident en lien avec la communication ou le professionnalisme (sept en deux ans avant le nouveau protocole) ont également diminué à hauteur de un en deux ans, après. L'étude de Joy et al. en 2011 (15), citée par Kamath et al (11), a pu démontrer une diminution des erreurs techniques et des oublis d'informations sur la période postopératoire, suite à l'implantation d'un protocole standardisé de transmission.

Dans leur étude, Fabila et al. (10) ont également utilisé un seul et même document pour toutes les chirurgies. C'était un document écrit sous forme de check-list, donc simple d'utilisation et il a été « individualisé et adapté aux demandes, perceptions et opinions de l'équipe en place » (traduction libre p249). Leurs résultats ont été positifs quant à la satisfaction des soignants qui notent notamment une amélioration de la quantité et de la qualité des informations reçues, ainsi qu'une diminution des oublis et erreurs. L'utilisation de la check-list a aussi été utile aux soignants, pour mieux prioriser les soins des patients à haut risque (traduction libre p245).

Autres recommandations et pistes d'amélioration

Voici quelques recommandations et pistes d'amélioration trouvées dans les articles sélectionnés :

- Standardiser les transmissions : « diminuer la variabilité est une technique d'amélioration de la qualité appliquée dans d'autres environnements de haute complexité et de haut risque » (11) (traduction libre p5).
- Une double personnalisation du processus de transmission apparaît plus que nécessaire pour s'adapter à la fois aux contraintes du flux patient (équipe anesthésie) et à la demande d'informations de l'équipe des soins intensifs : cela améliore la communication interdisciplinaire, la transmission d'informations vitales et optimise le soin au patient en postopératoire. Chaque spécialité a ses propres attentes et priorités. Il est également important de prendre en compte la spécificité du rôle infirmier du service par rapport au médecin vis-à-vis de l'anesthésiste qui transmet : ils n'ont pas les mêmes attentes sur le type et la quantité d'informations reçues (10) (traduction libre p247).

- Mettre en place des scénarios cliniques pour mieux comprendre les rôles de chacun et améliorer le travail d'équipe, ainsi que des plateformes multidisciplinaires pour que chacun puisse verbaliser ses préoccupations et ses perceptions sur son rôle pendant la transmission (12).
- Prendre en compte certains facteurs humains tels que la fatigue, le stress ou le tempérament de chacun (12).
- Privilégier les transmissions entre personnes exerçant les mêmes responsabilités (5).
- Limiter le bruit, les distractions et les interruptions (5, 12).

3.2 Synthèse de l'entretien d'expert

L'entretien d'expert s'est déroulé le 31 juillet 2018 et a duré environ vingt minutes. J'ai débuté par une présentation synthétique de mon thème et de ma problématique, puis je lui ai demandé de me décrire son parcours professionnel.

Mme DONGOIS effectue régulièrement des transferts vers les USI (environ 4 par mois, enfants opérés cardiaques ou autres pathologies, mais aussi enfants transférés aux Soins intermédiaires des USI). Son rôle de référente et sa présence au sein du bloc sur la quasi-totalité de son planning lui permettent de recueillir également le vécu de ses collègues infirmier(e)s anesthésistes sur les transferts, les transmissions et plus généralement sur la collaboration entre les équipes d'anesthésie et des Soins Intensifs de Pédiatrie.

La façon dont se déroulent les transmissions post opératoires est, selon elle, très aléatoire et « personne-dépendant » selon l'infirmier(e) qui accueille le patient : en fonction de son niveau de formation et de son niveau de stress, les transmissions peuvent être très différentes.

En ce qui concerne les patients cardiaques, l'expert confirme qu'un premier contact a lieu au bloc opératoire entre l'infirmier(e) anesthésiste et l'infirmier(e) des USI, et que cela permet d'échanger sur l'équipement de l'enfant, les médicaments en cours et les éventuelles complications. Cela implique qu'à l'arrivée aux USI, il n'y ait pas forcément la nécessité d'effectuer des transmissions infirmières supplémentaires.

Pour les autres patients étant transférés aux USI, le niveau d'expertise et de formation de l'infirmier(e) accueillant le patient influence le déroulement des transmissions : un(e) infirmier(e) en formation va être plus en demande de transmissions infirmières, puis écouter les transmissions médicales par la suite, alors qu'un(e) infirmier(e) certifiée

(spécialisée en Soins Intensifs) saura en général se contenter des transmissions médicales et « regardera l'équipement et les médicaments par elle-même ». Dans tous les cas, il n'y a pas de « transmissions en parallèle », ce, pour éviter la perte d'informations.

Mme DONGOIS m'explique que pour elle (et pour la plupart de ses collègues infirmier(e)s anesthésistes), un des facteurs qui influence grandement la qualité des transmissions infirmières est le facteur relationnel : « l'attention que va porter l'infirmier(e) des USI à la présence de l'infirmier(e) anesthésiste est primordiale ». Lors du transfert d'un patient de Soins Intensifs, les infirmier(e)s des USI sont souvent tout de suite très « affairé(e)s » pour son installation et n'ont pas forcément de regard ou de parole pour l'infirmier(e) qui accompagne le patient. Une simple phrase telle que : « j'installe et après tu me racontes » passe beaucoup mieux et incite l'infirmier(e) anesthésiste à attendre quelques minutes pour effectuer des transmissions une fois l'enfant installé.

D'autres facteurs liés à l'environnement représentent un « frein pour l'infirmier(e) pour proposer une transmission » : la présence d'un nombre important de soignants, des échanges verbaux importants pendant l'installation et le bruit ambiant.

Concernant les moyens à mettre en place pour optimiser les transmissions entre les deux équipes, l'expert interrogé me précise que les services d'Anesthésie et de Soins Intensifs Pédiatriques sont deux services de soins aigus qui représentent une « chaîne auprès de l'enfant » et qu'il y a actuellement une « absence de transversalité ». Une uniformisation des pratiques sur, par exemple, les préparations de médicaments, le matériel utilisé ou certaines techniques de soins, « faciliterait les transmissions et le rapport entre les soignants ». Le dialogue, une meilleure compréhension de l'autre, de son environnement de travail et de ses priorités faciliterait également la relation selon Mme DANGOIS. Elle note l'effet positif qu'a le stage de quelques jours au bloc des infirmier(e) des USI en formation (et vice versa) : « cela permet de se connaître et de comprendre les problématiques de chaque terrain ».

Nous abordons ensuite l'utilisation d'un support écrit pour les transmissions et commun à toutes les chirurgies ; l'expert trouve l'idée bonne : une standardisation est nécessaire. Néanmoins, elle précise que la check-list actuelle devrait être retravaillée de façon à obtenir un document plus construit avec, certes, des informations sur l'équipement, mais aussi des éléments sur l'enfant et sa stabilité pendant la chirurgie, en suivant une certaine « systématique » pour ne rien oublier. La check-list actuelle représente pour Mme DONGOIS et ses collègues un « doublon » : l'infirmier(e) anesthésiste en charge du patient doit aider à la retranscription de tous les équipements sur cette feuille, alors qu'il a déjà renseigné ces informations sur le système informatique de l'anesthésie (METAVISION). Je

l'informe que l'équipe des Soins Intensifs n'a pas accès immédiatement à ces informations, car le résumé d'anesthésie met environ 30 minutes à se créer au niveau informatique.

Le dernier point discuté est d'instaurer des transmissions infirmières de façon systématique : L'expert pense qu'elles doivent vraiment être mises en place, car « l'infirmier(e) n'a pas la même vision que le médecin et certaines informations spécifiques sont parfois oubliées ou transmises très rapidement » (l'exemple donné est celui de l'état cutané). Les transmissions infirmières doivent avoir un espace et leur absence représente « une lacune dans les transmissions postopératoires ».

Je pose la question à Mme DONGOIS du lieu idéal selon elle pour effectuer les transmissions postopératoires. Au bloc, l'équipe est souvent pressée d'effectuer le transfert pour la sécurité de l'enfant : les transmissions effectuées avant le transfert « rallongent le temps passé au bloc alors qu'il faudrait transférer rapidement pour le stabiliser ». Aux USI, selon la situation, il est parfois compliqué de trouver un espace pour effectuer les transmissions (installation, transmissions médicales par exemple).

4. Discussion

L'objectif de cette discussion est de répondre à ma question de réflexion initiale en confrontant les résultats de ma recherche documentaire avec ceux de l'entretien d'expert. Je vais y incorporer mon point de vue professionnel, et mon expérience dans les deux unités va me permettre de tenir compte des problématiques de chaque terrain.

Pour rappel, ma question de réflexion était la suivante :

De quelle manière l'infirmier(e) anesthésiste peut-il (elle) garantir la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins postopératoires lors du transfert de l'enfant du bloc opératoire vers les Soins Intensifs de Pédiatrie ?

Au début de ce travail, je souhaitais orienter ma recherche principalement sur la méthode et le support utilisés pour les transmissions car, comme expliqué précédemment, je pense que l'absence de protocole commun et de standardisation concernant le transfert d'informations peut nuire à la sécurité de l'enfant et à la continuité des soins. Grâce à une recherche documentaire élargie et un entretien avec un expert du terrain, j'ai pu dégager d'autres éléments pouvant influencer la qualité des transmissions postopératoires.

J'ai donc choisi de structurer ce chapitre en fonction des facteurs ayant, selon moi, le plus d'impact sur ma problématique qui est la perte d'informations lors des transmissions postopératoires entre l'équipe d'anesthésie et l'équipe des soins intensifs de pédiatrie aux HUG.

Les facteurs individuels et interpersonnels

Certains facteurs individuels, tels que la manière de communiquer, le tempérament, le stress, la fatigue ou le niveau d'expérience des professionnels, cités à la fois par Rose et Newman (12) et par l'expert, sont des éléments pouvant avoir un impact direct sur la qualité des transmissions et donc la perte d'informations.

Effectivement, chaque personne a son caractère et peut un jour être plus fatiguée et stressée par certaines situations ou par un rythme de travail plus soutenu que d'habitude.

La capacité d'attention et de concentration peut alors être diminuée. Il me paraît cependant assez difficile d'espérer avoir quelconque influence sur cela. Par contre, la façon d'entrer en contact, de communiquer et de s'adresser aux autres soignants, qu'elle soit verbale ou non, est, à mon sens, un point important qu'il est tout à fait possible d'améliorer. Actuellement, le contact entre les deux équipes infirmières est souvent très froid, les soignants ne se présentent pas toujours et chacun reste de son côté. Je rejoins l'expert sur le fait que ces éléments peuvent être un frein à une transmission de qualité, voire empêcher complètement la transmission entre infirmier(e)s dans le service des soins intensifs.

Le niveau de formation et d'expérience du personnel est, quant à lui, très variable dans ces deux services très spécialisés des HUG. Aux Soins intensifs, un(e) infirmier(e) en formation ou exerçant dans le service depuis uniquement quelques semaines n'a pas les mêmes demandes et besoins en terme de transmissions qu'un(e) infirmier(e) expérimentée. Au bloc opératoire, l'enfant opéré peut également être pris en charge par un(e) infirmier(e) en formation d'anesthésie présent(e) depuis peu de temps en pédiatrie comme par un(e) infirmier(e) avec beaucoup d'ancienneté. Quelles que soient l'expérience ou l'ancienneté des soignants, il me semble indispensable que chacun puisse transmettre ou recevoir les mêmes informations concernant le patient, dans le but d'éviter la perte de données essentielles et de favoriser la continuité des soins.

Un autre point intéressant à discuter concerne la spécialisation et le travail d'équipe. Même si l'anesthésie et les Soins intensifs sont deux spécialités complémentaires, leurs priorités et besoins restent différents. C'est grâce à mon expérience dans les deux secteurs que je m'en rends plus compte aujourd'hui. Au bloc opératoire, l'équipe d'anesthésie va prendre en charge l'enfant sur une période relativement courte, va utiliser certains médicaments (par exemple des médicaments de courte durée d'action car plus adaptés à la situation) ou faire des montages de perfusions adaptés à la prise en charge au bloc (peu de place, accès au patient restreint à cause des champs opératoires). L'équipe des soins intensifs va, quant à elle, envisager une prise en charge sur une durée plus importante et a donc besoin d'organiser les choses différemment. Le problème est que chaque équipe va se concentrer sur ses propres priorités, sans s'attacher aux impératifs de l'autre. J'ai pu observer, comme plusieurs de mes collègues (anesthésie ou soins intensifs) que les équipes infirmières communiquent moins facilement face à face et privilégient malheureusement parfois les feuilles d'incidents. Je rejoins Mme DONGOIS sur l'intérêt de travailler ensemble plutôt que parallèlement, de dialoguer et d'échanger sur nos pratiques de façon à comprendre les problématiques de chacun. En tant que future infirmière anesthésiste, il me paraît indispensable de communiquer avec le soignant qui accueille l'enfant en postopératoire de façon à lui transmettre pourquoi nous avons dû faire de telle

ou telle façon, mais également pour comprendre sa façon de travailler et ses besoins afin de prendre en charge au mieux l'enfant opéré. Cette dynamique et cette collaboration interdisciplinaire sont primordiales et leur effet positif sur l'outcome des patients a largement été démontré dans la littérature (13).

Les facteurs environnementaux et organisationnels

Dans ces services de soins spécialisés et complexes que sont le bloc opératoire et les Soins intensifs de pédiatrie, les interférences liées à l'environnement sont importantes. Elles peuvent altérer le bon déroulement des transmissions et entraîner une perte d'informations plus ou moins importante. Le bruit et la présence d'un nombre important de soignants lors des transmissions sont deux facteurs cités à de nombreuses reprises, à la fois dans la littérature (10 et 11), et par Mme DONGOIS.

La configuration actuelle des soins intensifs est telle que les transmissions se réalisent dans des chambres à deux, quatre, voire même parfois six lits (pour les soins intermédiaires). Les patients sont très rarement dans une chambre seule et l'unique séparation possible dans une chambre à quatre lits par exemple est une séparation par un rideau ou un paravent sans isolation phonique : il peut donc y avoir des alarmes, des pleurs, des interpellations ou des discussions d'autres soignants qui peuvent déconcentrer et gêner le déroulement des transmissions. L'infirmier(e) des Soins intensifs a, selon les situations, parfois un ou deux autres patients à s'occuper, c'est pourquoi il me paraît difficile, pour des raisons organisationnelles et de surveillance des patients, d'envisager une isolation spatiale et phonique de l'équipe pour les transmissions. De plus, s'il s'agit d'un enfant instable et/ou agité au réveil, je pense qu'il est préférable de rester auprès de lui pour sa sécurité.

Pour les patients ayant subi une chirurgie lourde avec un équipement plus conséquent, il y a assez souvent un(e) voire deux autres infirmier(e)s qui viennent aider à l'installation. Si l'on ajoute l'équipe médicale des USI, l'équipe chirurgicale et l'équipe anesthésique, on peut parfois se retrouver avec une petite dizaine de personnes autour du lit. Je comprends que cela puisse être un frein, pour certains infirmier(e)s anesthésistes, pour proposer une transmission, comme me l'explique l'expert du terrain, notamment si aucun contact n'a été établi au préalable. Cependant, cela reste de notre responsabilité de s'assurer que toutes les informations importantes liées à l'enfant, l'anesthésie et la chirurgie soient transmises.

Un autre point abordé avec l'expert concerne l'organisation actuelle des transmissions : les transmissions infirmières sont rarement présentes car les informations sont souvent transmises uniquement par le médecin. Nebout et al dans leur article (5), soulignent l'importance des transmissions entre personnes exerçant les mêmes

responsabilités. Je remarque sur le terrain que même si l'infirmier(e) et le médecin anesthésiste constituent un véritable « binôme » dans la prise en charge du patient au bloc opératoire, certains éléments faisant plus partie du rôle propre infirmier (comme l'installation, l'état cutané ou le comportement de l'enfant) ne sont parfois pas transmis par le médecin en postopératoire. Il est à mon sens indispensable de trouver un moment pour réaliser des transmissions entre infirmier(e)s, car ces informations sont nécessaires à la continuité des soins.

Facteurs liés aux outils et supports utilisés

Dans la majorité des articles étudiés (10, 11, 12), les auteurs ont démontré sur le terrain, l'effet bénéfique de la standardisation des transmissions : diminution des événements indésirables, moins de perte d'informations et d'erreurs de tâches, satisfaction du personnel. La standardisation des transmissions peut se réaliser grâce à l'utilisation de modèles de structuration de pensée ou de check-lists écrites par exemple.

L'élément que j'ai pu remarquer, lors des transmissions médicales ou infirmières, est qu'en général chaque soignant suit son propre modèle de structuration de pensée et sa propre logique. Chacun fait des transmissions relativement structurées, cependant, un oubli est toujours possible, car pour beaucoup de transferts rien n'est écrit, et les soignants des soins intensifs n'ont pas accès tout de suite au dossier informatisé et au résumé de l'anesthésie. Je rappelle que, pour les opérés cardiaques uniquement, une check-list écrite (introduite par l'équipe des soins intensifs) est à remplir par l'infirmier(e) des USI en collaboration avec l'infirmier(e) anesthésiste (annexe I). L'expert partage l'idée qu'une standardisation est nécessaire pour améliorer la qualité des transmissions et diminuer le risque de perte d'informations. Il serait intéressant qu'un tel document soit retravaillé pour pouvoir être utilisé pour tous les transferts : cela éviterait trop de variabilité et de confusion, au début en tout cas. Je suis également d'avis que c'est un travail qui doit être réalisé en collaboration avec les deux équipes concernées, de façon à prendre en compte les besoins et demandes de chacun, mais aussi pour rétablir une communication interservices.

Grâce à cette discussion, l'axe d'amélioration principal m'apparaît maintenant assez clairement. Il s'agit, selon moi, de la communication entre les deux équipes. Les rapports sont devenus, avec le temps, difficiles et parfois conflictuels et cela entrave, hélas, la qualité des transmissions infirmières. Comme expliqué précédemment, chacun voit ses propres priorités sans essayer de comprendre le travail et les difficultés rencontrées par l'autre. Il n'y a pas toujours de respect mutuel et les règles de communication de base comme se dire

bonjour ou se présenter, sont de temps en temps oubliées. Je pense qu'il y a de nombreux points sur lesquels il est possible de travailler ou d'apporter des améliorations, mais il me paraît compliqué de mettre des actions en place, de trouver des solutions sans une communication efficace et respectueuse et une collaboration inter équipe rétablie.

5. Propositions d'amélioration

Dans le chapitre précédent, j'ai pu mettre en évidence les éléments principaux sur lesquels il est possible, selon moi, d'apporter des solutions. Je pense néanmoins que chaque proposition ne sera réalisable qu'après avoir travaillé sur un point primordial, la communication entre l'équipe d'anesthésie et celle des soins intensifs de pédiatrie. Cela implique également une collaboration étroite des deux équipes.

J'ai souhaité classer mes propositions d'améliorations selon trois objectifs principaux :

Rétablir et améliorer la communication entre les deux équipes infirmières

C'est pour moi l'objectif le plus important, mais aussi le plus délicat à mettre en œuvre par la suite.

Ma première idée serait de sensibiliser les équipes au problème existant : j'ai déjà beaucoup parlé de ce travail autour de moi, mais je pense qu'une présentation plus formelle, lors d'un colloque réunissant les deux spécialités, serait intéressante. Cette rencontre à but uniquement informatif dans un premier temps pourrait, je pense, faire réfléchir les soignants sur le sujet et amorcer peut-être un début de changement.

Aux USI, certain(e)s infirmier(e)s sont détaché(e)s de l'équipe en journée pour gérer le flux patient et la répartition infirmière : il s'agit d'infirmier(e)s expérimenté(e)s, ayant une excellente connaissance du service et des techniques de soins, et « référents » pour l'équipe. La collaboration des infirmier(e)s anesthésistes référents de pédiatrie avec ces infirmier(e)s pourrait être, par la suite, extrêmement intéressante : une rencontre régulière entre ces personnes ressources permettrait dans un premier temps d'échanger sur la façon de travailler, sur les impératifs et les besoins de chaque unité, puis de réfléchir ensemble aux améliorations possibles (organisation des transferts, uniformisation de certaines pratiques, création de documents de transmissions...).

L'existence du stage de quelques jours (au bloc pour les infirmier(e)s en formation des USI et aux USI/néonatalogie pour les infirmier(e)s en formation d'anesthésie) est une amélioration importante de ces dernières années. Ces journées d'observation, déjà axées

sur la découverte du travail de l'autre, doivent vraiment être consacrées, selon moi, à l'amélioration de la collaboration infirmière. Il est primordial d'expliquer aux collègues en formation qui viennent en stage, le fonctionnement et l'organisation spécifiques du bloc opératoire et de l'anesthésie, ainsi les raisons qui nous poussent à faire tel ou tel montage de perfusion ou à utiliser certaines techniques ou médicaments.

Un point intéressant trouvé dans la littérature concerne la simulation et l'utilisation de scénarios cliniques fictifs pour travailler sur les transferts et les transmissions (12). Aux HUG, la simulation est utilisée lors de notre formation d'anesthésie pour apprendre certains gestes techniques tels que l'intubation orotrachéale ou encore pour travailler certains aspects non techniques comme la collaboration interdisciplinaire et la communication lors de situations cliniques critiques. Une fois spécialisés, les soignants bénéficient également très régulièrement de séances de simulations au CIS (Centre Interprofessionnel de simulation) pour les infirmier(e)s anesthésistes ou au sein même du service pour les infirmier(e)s des USI. Une des missions du programme de simulation des HUG est « d'améliorer les compétences des professionnels de la santé et la performance des équipes pluridisciplinaires afin d'augmenter la qualité des soins et la sécurité des patients » (16). Je trouverais très enrichissant de pouvoir réunir les deux équipes lors de leur journée de formation continue annuelle pour une séance de simulation suivie d'un débriefing : faire travailler et réfléchir les deux équipes sur le transfert/transport de l'enfant opéré et/ou sur les transmissions (au bloc ou aux USI) permettrait, selon moi, d'améliorer la collaboration et de renforcer les liens entre les soignants.

Mettre en place des transmissions infirmières systématiques

Comme discuté précédemment, les transmissions infirmières postopératoires ne sont pas systématiques alors qu'elles ont tout leur sens dans ce contexte de soins aigu. Les transmissions font partie du rôle propre infirmier et sont indispensables à la bonne continuité des soins. Instaurer des transmissions infirmières systématiques aiderait également les équipes à communiquer. Peu importe le contexte ou l'environnement, il me paraît important de trouver, ne serait-ce que quelques minutes, pour échanger les informations importantes pour la suite de la prise en charge de l'enfant. Cet échange peut faire suite aux transmissions médicales. Dans la mesure du possible, les transmissions orales face à face sont à mon sens à privilégier étant donné la complexité des prises en charge et la lourdeur de l'équipement. Cependant, la charge de travail en fin d'intervention est souvent importante pour l'équipe d'anesthésie, tout comme l'est l'arrivée de l'enfant dans le service pour l'infirmier(e) des USI : réaliser des transmissions dans ces moments s'avère alors

compliqué. Il serait peut-être intéressant d'anticiper cela et de réaliser des transmissions téléphoniques lors d'un moment plus calme avant la fin d'intervention.

Créer et mettre en place un outil adapté aux transmissions postopératoires

Quels que soit l'outil utilisé, le plus important à mon sens est qu'il soit travaillé toujours en parfaite collaboration, et non chacun de son côté, de façon à s'adapter aux demandes de chaque unité. Il en résultera, je pense, un outil beaucoup plus efficace et la compliance des soignants à son utilisation en sera grandement améliorée.

L'équipe des soins intensifs et l'équipe d'anesthésie travaillant avec deux systèmes informatiques différents encore pour quelques années, construire une feuille de transmission écrite me semble assez adapté pour le moment. Elle pourrait se présenter comme actuellement sous la forme d'une check-list mais pourrait aussi contenir certains items supplémentaires tels que l'histoire succincte de l'enfant, son état cutané ou la position opératoire (pour ne citer que quelques exemples). Les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant devant figurer sur cette feuille pourraient être discutées lors de séances de brainstorming entre les deux équipes après avoir constitué un groupe de travail. L'idée est que l'infirmier(e) anesthésiste s'aide d'un support écrit de manière à transmettre, sans oubli, les informations importantes et indispensables à la prise en charge postopératoire de l'enfant. Il faut un outil structuré, simple à remplir et adaptable dans la mesure du possible à toutes les chirurgies (envisager un outil différent pour les soins intermédiaires) : il ne doit y avoir à mon sens qu'un seul et unique document contenant à la fois les informations générales et/ou médicales (recto) et les informations infirmières (verso). La standardisation de la procédure est importante pour éviter la perte d'informations, mais aussi pour une meilleure compliance et adhésion des soignants à l'utilisation du nouvel outil.

Conclusion

Le but de ce travail de réflexion est d'améliorer nos pratiques soignantes en ce qui concerne les transmissions infirmières lors du transfert de l'enfant opéré du bloc vers les Soins intensifs de Pédiatrie.

Grâce à mon expérience professionnelle, j'ai pu constater que les transmissions infirmières entre les deux équipes sont souvent incomplètes voire parfois inexistantes, ce qui entraîne une perte d'informations importante. Les conséquences possibles sur la sécurité du patient, mais aussi sur la qualité des soins ne sont plus à démontrer.

Cela m'a poussée à me questionner sur les moyens que je pouvais mettre en place en tant que future infirmière anesthésiste pour garantir la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins postopératoires.

Une recherche documentaire ciblée sur la population pédiatrique, ainsi qu'un entretien avec un expert du terrain, m'ont permis de déterminer dans un premier temps les facteurs ayant le plus d'impact sur la qualité des transmissions. Les résultats montrent de façon assez flagrante l'importance d'une communication et d'un travail d'équipe efficaces : le dialogue, l'échange sur les pratiques de chacun et la collaboration interdisciplinaire sont indispensables. J'ai également exploré dans la littérature les outils et stratégies pouvant être mis en place pour améliorer les transmissions postopératoires : l'utilisation d'un document écrit et standardisé, ainsi que la réalisation systématique de transmissions infirmières sont des éléments tout à fait adaptables dans ma pratique de soins actuelle.

Je pense que la piste d'amélioration principale est de rétablir et d'améliorer la communication entre les infirmier(e)s des deux services. Les soignants doivent, avant tout, se rencontrer, dialoguer et « mettre à plat » leurs difficultés et besoins concernant la prise en charge de l'enfant opéré. Parallèlement, un groupe de travail pourrait être constitué pour élaborer un outil de transmission, le mettre en place, et à plus long terme en évaluer le bénéfice apporté.

Bibliographie

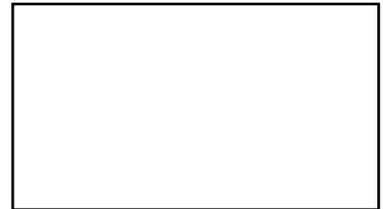
1. Manser T, Foster S, Flin R, Patey R. Team communication during patient handover from the operating room : more than facts and figures. Hum factors. 2013 ; 55(1) : 138-156.
2. Auroy Y, Bordier E, Grasser L, De Rudnicki S, Mérat S, Tourtier J et al. Les transmissions : un enjeu important pour la sécurité des patients. MAPAR(en ligne). 2010;600-608.Disponible : <http://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/gayj7h7e/Les%20transmissions%20:%20un%20enjeu%20important%20pour%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients.pdf>.
3. Haller G, Laroche T, Clergue F. Evènements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation (en ligne). 2011 ; 30(12) : 923-929. DOI : 10.2016/j.annfar.2011.06.019.
4. Greenberg C, Regenbogen S, Studdert D, Lipsitz S, Rogers S, Zinner M et al. Patterns of Communication Breakdowns: Resulting in Injury to Surgical Patients. Journal of the american college of surgeons. April 2007 ; 204(4): 533-540. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg. 2007.01.010.
5. Nebout S, Kassoul A, Journois D. La transmission médicale en réanimation. Sfar (en ligne).2014.Disponible : http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/La_transmission_medicale_en_reanimation.pdf.
6. <http://www.syndicat-infirmier.com/Transmissions-infirmieres.html>
7. Segall N, Bonifacio A, Schroeder R, Barbeito A, Rogers D, Thornlow D et al. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. Anesthesia & Analgesia. July 2012 ; 115(1) : 102–115. DOI: 10.1213/ANE. 0b013e318253af4b.
8. Piekarski F, Kaufmann J, Laschat M, Böhmer A, Engelhardt T, Wappler F. Quality of handover in a pediatric postanesthesia care unit. Pediatric Anesthesia. 2015 ; 25(7) : 746-752. DOI : 10.1111/pan.12646.
9. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Mars 2002.Disponible : <http://www.fcasscfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/ComissionedResearch/crcontcaref.pdf>.

10. Fabila T, Ing Hee H, Sultana R, Nkouibert Assam P, Kiew A, Hwee Chan Y. Improving postoperative handover from anaesthesists to non-anaesthesists in a children's intensive care unit : the receiver's perception. *Singapore Medical Journal*. 2016; 57(5): 242-253.
11. Kamath SS, Helmers L, Otto A, Kirk D, Erdahl J & Wayling B. Operating room to pediatric intensive care unit handoff: improving communication and team relations while driving process improvement. *Journal of Anesthesia and clinical care*. 2016; 3: 017. DOI: 10.24966/ACC-8879/100017.
12. Rose M, Newman S. Factors influencing patient safety during postoperative handover. *AANA Journal (American association of nurse anesthetists)*. Octobre 2016; 84(5) : 329-338.
13. Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT. Surgical team behaviours and patient outcomes. *American journal of surgery*. 2009; 197(5) : 678-685.
14. Funk E, Taicher B, Thompson J, Iannello K, Morgan B, Hawks S. Structured handover in the pediatric postanesthesia care unit. *Journal of perianesthesia nursing*. Février 2016; 31(1): 63-72.
15. Joy BF, Elliott E, Hardy C, Sullivan C, Backer CL. Standardized multidisciplinary protocol improves handover of cardiac surgery patients to the intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med*. 2011; 12: 304-308.
16. <https://www.hug-ge.ch/programme-simulation>
17. Northway T, Thibault K, Yarske L, Yuskiv N, Kisson N, Collet J. Surgical suite to pediatric intensive care unit handover protocol. *Journal of nursing care quality*. 2015; 30(2) : 113-120.
18. Catchpole K, De leval M, Mc Ewan A, Pigott N, Elliott M, Mc Quillan A et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Pediatric anesthesia*. 2007; 17: 470-478. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2007.02239.x.

Annexe I



Check-list Opéré cardiaque



A remplir par médecin USI : initiales Diogène

1-PREOPERATOIRE :

Age : ____ Poids : ____ Surface corporelle : ____ Isolement : _____

Diagnostique : _____

	O	N
Arythmies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTAP :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comorbidités :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KT :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRM :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-CHIRURGIE :

Chirurgien : _____

Réparation chirurgicale: _____

Durée CEC : ____ Clampage Aortique : ____ Arrêt circulatoire

Degrés d'hypothermie : ____ Diurèse : ____ UF : _____

3-ANESTHESIE :

VENTILATION		O	N
CORMAC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEME VENTILATOIRE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERIFICATION POSITION MATERIEL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTAP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMODYNAMIQUE		O	N
Arythmie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LCOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Défibrillation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ETO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMINES	PAM : POG :	PVC : PAP :	SvO2 : Lactates

HEMATOLOGIE		
Saignement		
Tarabox à retourner		
CE :	PFC :	PLAQUETTES : PROTAMINE :
METABOLIQUE		
Glycémie : ___ mmol/l		
NOTES		

A remplir par infirmière USI : initiales Diogène

4-STATUT ACTUEL :

<u>IVL en continu</u>	O	N	Dilution	Débit	Bolus
Adrénaline			mg/ ml	mcg/kg/min	
Milrinone			mg/ ml	mcg/kg/min	
Noradrénaline			mg/ ml	mcg/kg/min	
Midazolam			mg/ ml	mg/kg/h	
Kétamine			mg/ ml	mcg/kg/min	
Fentanyl			mcg/ ml	mcg/kg/h	
Cyclokapron			mg/ ml		
<u>IV ponctuel</u>	O	N	Dose (mg/kg)	Heure d'administration	
Kefzol					
Paracétamol					
curare					

5- EQUIPEMENT :

CVP	Nombre :	Taille : G / G / G/ G	Insertions : MSD / MSG / MID / MIG
Artère		G	Insertion: Radiale / fémorale
CVC	French	Nbre de lumière :	Insertion :
TUBE Bouche <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/>	N°	Repère	Fixation Ok: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Ballonnet : O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
SNG	Type	Insertion :	Fixation OK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonde Vésicale	CH	Ballonnet : ml	
Pace maker	Electrodes : Auriculairesx2 <input type="checkbox"/> Ventriculairesx2 <input type="checkbox"/>	Mode :	

DRAINS	O	N	Etiqueté	O	N	Qtité en ml	Scotch	O	N
	Rétrocardiaque								
Rétrostrenal									
Péricardique									
Pleural droit									
Pleural gauche									

PCA Morphine			
DILUTION	1mg/ml <input type="checkbox"/>	0.5 mg/ml <input type="checkbox"/>	0.1mg/ml <input type="checkbox"/>
PROGRAMME	Débit <input type="checkbox"/>	Bolus/H	Période réfractaire <input type="checkbox"/>
BRANCHEMENT	Sur CVP	O <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

Plèvre ouverte		
Thorax ouvert		
Problème rencontré		

Commentaires particuliers : _____

Fiches de lecture

Fiche de lecture 1

« Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception »

Références bibliographiques	Fabila T, Ing Hee H, Sultana R, Nkouibert Assam P, Kiew A, Hwee Chan Y. Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit : the receiver's perception. Singapore Medical Journal. 2016 ; 57(5) : 242-253.
Objectifs ou question de recherche	Evaluer une nouvelle technique de transmission en mettant l'accent sur l'exhaustivité/ la compréhension de la communication verbale et l'utilisabilité du modèle SBAR (Situation, Background, Assesment, Recommandations)
But de l'étude Mots clés	Améliorer l'efficacité de la transmission postopératoire pour assurer la sécurité et la continuité des soins du patient
Méthode	<p><u>Lieu</u> : Unité de Soins Intensifs Pédiatriques (CICU – 16 lits - 700 patients par an) - KK Women's and children's Hospital (Singapour)</p> <p><u>Population</u> : Enfants en postopératoire (tout type de chirurgie), anesthésistes, intensivistes pédiatres, infirmières de Soins Intensifs en charge du patient</p> <p><u>Type d'étude</u> : Etude interventionnelle prospective</p> <p><u>Outils</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du procédé de transmission actuel par un audit et une enquête d'opinion (questionnaires anonymes, participation volontaire de 8 médecins et 44 infirmiers) • Développement d'une nouvelle technique (incorporée au modèle SBAR) grâce au feedback du personnel : PETS (Pre-handover, equipment handover, timeout and Sign out) • Mise en œuvre et évaluation de cette nouvelle technique de transmission (enquête au bout de 3 mois d'utilisation)
Résultats / Idées clés essentielles	- Malgré l'existence de transmissions orales et de l'utilisation d'un support écrit (modèle SBAR), des problèmes d'exhaustivité, d'efficacité, de clarté et d'accessibilité des informations ont été rapportés.

	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs ayant contribué à l'amélioration de la transmission : clarté des informations reçues, moins d'oublis, présence d'un leader, possibilité de se concentrer sur la situation, pas d'interruptions, priorisation des soins plus facile, opportunité de poser des questions - Augmentation de la satisfaction globale des infirmiers prenant en charge le patient - La présence d'un document structuré, écrit et facile d'utilisation permet de prioriser les soins des patients à haut risque et de classer l'importance des informations - La double personnalisation du processus de transmission est nécessaire pour s'adapter à la fois aux contraintes du flux patient (équipe anesthésie) et à la demande d'informations de l'équipe des Soins Intensifs : ceci afin d'améliorer la communication interdisciplinaire, la transmission d'informations vitales et optimiser le soin au patient en postopératoire. Chaque spécialité a ses propres attentes et priorités. - Adaptation du système développé par l'OMS : le « Timeout » pour attirer l'attention des soignants et le « Sign-out » pour leur permettre de poser des questions ou demander des clarifications (fermeture de la boucle du transfert d'informations) - Un seul et même document utilisable à la fois pour les chirurgies cardiaques et non cardiaques - Médecins et infirmiers n'ont pas les mêmes attentes sur la qualité et la quantité d'informations requises pour la gestion initiale du patient : grâce à l'élaboration du nouveau document, les informations essentielles pour chacun ont été mises en évidence.
<p>Points forts Pertinence en regard du thème</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Article récent, population cible identique à mon travail - Utilisation d'un seul document pour tout type de patient - Transférabilité possible (taille et type d'échantillon) - Document créé et validé par les différents professionnels intervenant auprès des enfants en postopératoire : anesthésistes pédiatres, pédiatres intensivistes et infirmières de soins intensifs - Adaptation du document aux demandes, opinions et perceptions de l'équipe en place
<p>Points faibles Limites</p>	<p>Pas de participation aux enquêtes de l'équipe d'anesthésie, transmissions médicales, infirmier anesthésiste non mentionné</p>

Fiche de lecture 2**« Operating room to Pediatric intensive care unit handoff: improving communication and team relations while driving process improvement »**

Références bibliographiques	Kamath SS, Helmers L, Otto A, Kirk D, Erdahl J & Wayling B. Operating room to pediatric intensive care unit handoff: improving communication and team relations while driving process improvement. HSOA Journal of Anesthesia and clinical care. 2016 ; 3 :017
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser les transmissions entre le bloc opératoire et les Soins intensifs de Pédiatrie suite au transfert d'un enfant opéré - Améliorer la communication, la dynamique d'équipe et le professionnalisme interdisciplinaire - Augmenter la sécurité des patients
Buts de l'étude Mots clefs	<p><u>But</u> : Organiser et structurer le processus de transmission pour en accroître l'efficacité, en utilisant les principes d'amélioration de la performance de LEAN</p> <p><u>Mots clefs</u> : Communication, handoff, LEAN, team, Pediatric Intensive Care Unit</p>
Méthode	<p><u>Lieu</u> : Hôpitaux et cliniques universitaires de l'Iowa, USA (operating room and Pediatric Intensive care Unit – 20 lits – 1000 patients par an)</p> <p><u>Population</u> : Equipe pluridisciplinaire des Soins Intensifs Pédiatriques (médecins, infirmiers, physiothérapeutes respiratoires), équipe d'anesthésie (médecins et infirmiers), chirurgiens, enfants ayant bénéficié d'une chirurgie en postopératoire immédiat</p> <p><u>Outil</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audit avec observation des transmissions sur 1 mois, enregistrement vidéo des transmissions lors d'un transfert, avant et après l'implantation du nouveau processus • Utilisation d'une méthode structurée de transmission incluant une <u>check-list</u> élaborée à partir d'une situation de retour de bloc cardiaque (équipement important et instabilité potentielle de ce type de patient), puis utilisée pour tous les types de patients pour éviter trop de variabilité, de confusion ou de mauvaise compliance des soignants

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Analyse des principes d'amélioration de LEAN</u>: transfert de patients ayant différents niveaux de soins, harmonie nécessaire pour assurer des soins dans un environnement complexe, présence de ressources adéquates, disponibilité de l'équipe qui reçoit le patient à en accepter la responsabilité. BUT = identifier le gaspillage et améliorer l'efficacité opérationnelle • Sondage du personnel (entre 90 et 110 soignants) avant et pendant le changement de pratique, puis à 6, 12 et 24 mois. Objectif = comprendre le problème initial et les inquiétudes des soignants, évaluer leur satisfaction et avoir un feed-back sur la nouvelle procédure de transmission • Audit pour observer la compliance du soignant à utiliser la check-list • Evaluation de l'amélioration de la communication et des relations d'équipe au travers du sondage et des rapports d'incidents
<p>Résultats / idées clefs essentielles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Résultats de l'enquête/sondage</u> (avant mise en place) : pas de processus structuré, chaque transfert est différent, variabilité des informations transmises, multiples redondances, frustration pour certains membres de l'équipe, relations interservices pauvres avec une tension sous-jacente - <u>Résultats des enregistrements vidéos</u> : nombre trop important de soignants, confusion générale, manque de clarté, pas de point de départ ni de fin clairement établis, échanges verbaux multiples et simultanés, contradictions avec les informations recueillies au préalable ou manque d'informations essentielles - <u>Résultats enquête/sondage après la mise en place</u> : diminution du temps de transmission, amélioration de la dynamique d'équipe, de la clarté des échanges verbaux et des informations transmises. Deux ans après, 80% observent une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mais aussi des relations interdisciplinaires, du travail d'équipe et de la communication - Le nombre de rapports d'incidents en lien avec des erreurs de communication ou de professionnalisme a diminué suite à la réalisation de l'étude. Par contre le nombre de rapports concernant

	<p>des erreurs techniques ou événements indésirables graves est resté stable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire la variabilité permet d'améliorer la qualité du travail. Cette technique est utilisée dans d'autres domaines de haut risque et de haute complexité - Transfert patient entre bloc opératoire et Soins Intensifs de Pédiatrie = transition critique dans la continuité des soins à l'enfant. L'équipe du bloc opératoire doit assurer plusieurs tâches comme le transport du patient, la ventilation, la titration de médicaments vaso-actifs ou la gestion de la douleur. Le manque de transmission structurée et rigoureuse peut entraîner des événements indésirables dus à des erreurs ou des négligences - Dans les unités de Soins Intensifs, les professionnels de différentes spécialités interagissent étroitement pour réaliser des soins complexes. Un manque de respect mutuel, une méconnaissance du rôle de chacun et une conduite non professionnelle peuvent altérer la performance d'équipe et affecter la qualité des soins
<p>Points forts Pertinence en regard du thème</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Article récent, population cible identique à mon travail - Transférabilité possible (taille et type d'échantillon, méthode utilisée) - Utilisation d'une seule check-list pour tout type de patient - Enregistrement de vidéos et partage lors de sessions de formation pluridisciplinaire - Impact positif de l'étude sur la dynamique d'équipe et les relations interdisciplinaires
<p>Points faibles Limites de l'article</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de ressources suffisantes pour utiliser systématiquement la vidéo lors de toutes les transmissions postopératoires (seulement deux transmissions filmées) - L'étude n'a pas pu démontrer une diminution des erreurs techniques ou des événements indésirables graves, ni l'amélioration de l'outcome - Transmissions uniquement médicales, infirmier anesthésiste non mentionné

Fiche de lecture 3**« Factors influencing patient safety during postoperative handover »**

Références bibliographiques	Rose M, Newman S. Factors influencing patient safety during posoperative handover. AANA Journal (American association of nurse anesthetists). Octobre 2016; vol 84, No 5: 329 – 338.
Objectifs	Apporter des perspectives d'améliorations des transmissions postopératoires sur plusieurs niveaux
Buts de l'étude Mots clefs	- Identifier les facteurs clefs pouvant affecter le transfert d'informations et la sécurité du patient pendant le processus de transmission postopératoire <u>Mots clefs</u> : anaesthesia, communication, handovers, patient safety, postanesthesia care unit
Méthode	- Recherche dans la littérature d'articles et d'études examinant les facteurs associés à la sécurité du patient et à la transmission postopératoire dans le contexte de l'anesthésie entre Janvier 2004 et Mars 2015 (Sources : PubMed, Google scholar, Ovid, The joint comission websites, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, Agency for Healthcare research) - Examen de la portée (scoping review) = méthode permettant d'analyser rapidement toute la documentation disponible sur un sujet donné. Cela permet d'avoir une vue élargie sur la littérature se rapportant aux transmissions postopératoires qui représentent un vaste sujet - 199 articles examinés et 23 articles sélectionnés et analysés - Utilisation du SEM (Social-Ecological Model) : outil initialement conçu pour enquêter sur des problèmes de santé publique complexes. Le modèle SEM est ici un guide pour décrire et analyser les facteurs pouvant influencer les transmissions postopératoires sur plusieurs niveaux. Il montre l'influence que peuvent avoir les individus et leur environnement sur une situation donnée
Résultats / Idées Clefs essentielles	Recherche, classification et analyse des facteurs pouvant influencer la transmission à l'aide du modèle SEM : - <u>Facteurs individuels</u> : communication verbale et non verbale, expérience professionnelle, processus cognitifs - <u>Facteurs interpersonnels</u> : dynamique interprofessionnelle,

	<p>travail d'équipe, qualité de l'information transmise</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Facteurs environnementaux</u>: environnements de travail complexes (bloc opératoire, salle de réveil ou soins intensifs), interruptions, distractions, bruit... - <u>Facteurs organisationnels</u>: présence d'un cadre structuré dans l'institution (outils, protocoles et check-lists), standardisation des transmissions <p>- Le fait que les transmissions se déroulent dans un environnement dynamique où les soignants sont en train d'effectuer d'autres tâches, contribue à de potentielles erreurs médicales et à une possible perte d'informations.</p> <p>- Plusieurs études observationnelles montrent qu'une communication inefficace entre le membre de l'équipe d'anesthésie et l'infirmier recevant le patient a un impact négatif sur la sécurité du patient ; une communication pauvre est une cause majeure d'événements indésirables</p> <p>- Nombreux sont les articles montrant l'influence de facteurs tels que la communication, la dynamique d'équipe et l'environnement de travail sur l'outcome du patient. La qualité des transmissions dépend grandement des compétences de communication et des interactions entre les équipes : un manque de travail d'équipe pendant les transmissions a été associé à une augmentation des complications postopératoires</p> <p>- <u>Améliorations et recommandations proposées</u>: mise en place de scénarios cliniques pour mieux comprendre les rôles de chacun, améliorer le travail d'équipe, limiter le bruit et les distractions, recherches supplémentaires pour comprendre les priorités et les attentes de chaque discipline, avoir un cadre et une standardisation des transmissions</p> <p>- Facteurs humains à ne pas négliger : fatigue, stress, niveau d'expérience, tempérament, connaissance de la situation</p>
<p>Points forts</p> <p>Pertinence en regard du thème</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auteur principal de l'article = infirmière anesthésiste - Analyse multifactorielle - Un des critères d'inclusion des articles était que les transmissions soient effectuées par un anesthésiste (médecin ou infirmier spécialisé) à un infirmier de salle de réveil ou de soins intensifs

Points faibles Limites de l'article	<ul style="list-style-type: none">- Parmi les articles sélectionnés = pas d'études randomisées contrôlées (« gold standard » pour influencer un changement de pratique)- Ont été exclus les articles concernant les anesthésies obstétricales, pédiatriques et cardiaques (domaines trop spécialisés)- Autres critères d'inclusion et d'exclusion non fournis
--	---

Trame d'entretien semi-dirigé

1. Quel est votre parcours professionnel ?
2. Combien de transferts faites-vous approximativement aux soins intensifs de Pédiatrie et comment se déroulent les transmissions postopératoires à l'équipe ?
3. Quels facteurs peuvent influencer selon vous la transmission des informations lors du transfert postopératoire ?
4. Quels moyens pourrait-on mettre en place pour optimiser les transmissions entre les deux équipes ? (compétences non techniques, communication, outils...)
5. Que pensez-vous de la standardisation des transmissions et de l'utilisation d'un support écrit type ?
6. Que pensez-vous d'instaurer des transmissions infirmières systématiques ?

Formulaire de consentement entretien d'expert



Direction des ressources humaines
Centre Recrutement, parcours, compétences & formation
Formations spécialisées en soins

Formulaire de consentement à l'entretien d'expert réalisé dans le cadre du travail de diplôme

Formation spécialisée en *SOINS D'ANESTHÉSIE*

Thème : *Les transmissions post-opératoires entre Bloc et soins
interne de Pédiatrie.*

Auteur du travail : *RICHY Laurianne*

J'ai pris connaissance de toutes les informations concernant le travail de réflexion en cours ; à savoir le thème, l'auteur, les buts et les implications dans la pratique.

J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions concernant ma participation à cet entretien exploratoire. Une copie de la déclaration écrite de consentement m'est restituée.

J'accepte le fait que l'auteur mentionne mon identité.

J'ai pris connaissance que le verbatim de l'entretien sera mis à disposition du jury d'évaluation du travail et ne sera pas inclus dans les annexes du travail lors de sa publication.

Les données se référant à toute autre personne au cours de l'entretien seront obligatoirement anonymisées avant toute diffusion.

Les données issues du verbatim et des enregistrements audio seront détruites par l'auteur après l'obtention du diplôme.

Fait le : *30.07.18*

Signature de l'expert :



Signature de l'auteur du travail :



Cluse-Roseaie – Bâtiment d'Ophthalmologie - Rue Alcide-Jentzer 22 – CH 1211 Genève 14
Tél. : 022 372 75 40

1. Document mis à jour le 24.11.2016-TD