



Risques liés à la délégation de tâches au sein des équipes

Erreurs dans la délégation et la prise en charge de tâches professionnelles

Signalements* notifiés au CIRRNET de Sécurité des patients Suisse :

Cas 1

« Une étudiante a injecté à un patient en phase terminale 10 mg de morphine i.v. au lieu des 5 mg prescrits. La diplômée avait suivi l'étudiante lors de l'administration de l'injection, mais n'avait pas contrôlé le dosage auparavant. »

Cas 2

« Injecté de la Fragmin au mauvais patient. Confondu les numéros de chambre en allant aider une collègue. »

Cas 3

« Le médecin assistant demande 1 mg de morphine. L'étudiante dilue une ampoule avec 9 ml de NaCl (1 ml = 1 mg de morphine). Elle apporte le médicament dans la chambre de la patiente. Le médecin assistant injecte l'ampoule entière, croyant administrer 1 mg de morphine. L'étudiante avait dit au médecin assistant et à la cheffe de clinique qu'elle avait dilué l'ampoule entière, soit 10 mg. Le médecin assistant a ensuite prétendu que l'étudiante avait parlé de 1 mg. »

Cas 4

« Après délégation du soin, un patient reçoit un médicament qui était en réalité prévu pour un autre patient. Les prénoms des deux personnes commencent par la même lettre et leurs chambres sont côte à côte. »

Cas 5

« Selon la fiche de surveillance, 18 mg de Dormicum par heure devaient être administrés via un pousse-seringue. Mais le débit était réglé sur 9 mg/h seulement. La seringue précédente avait un double dosage (soit 1 ml = 2 mg). Question posée à l'infirmière du soir : il s'avère qu'elle avait délégué la préparation à un collègue. Il y a eu à cette étape une erreur de communication et l'administration a été de 1 ml = 1 mg. Cela n'a pas été remarqué lors du changement. Le Dormicum a été injecté pendant environ une heure selon le mauvais dosage. »

Cas 6

« La personne a reçu la mauvaise insuline. La diplômée avait transmis une prescription erronée à l'étudiant. Celui-ci a demandé plusieurs fois si la prescription était bien la bonne. »

Cas 7

« J'ai réceptionné oralement l'ordre d'injecter immédiatement 10 mg de Konakion i.v. Le patient était sous la responsabilité d'une autre infirmière, mais celle-ci ne se trouvait pas en division à ce moment. C'est pourquoi j'ai pris l'ordre à sa place et j'ai préparé le médicament. Avant de l'administrer, j'ai vérifié dans la documentation du patient son numéro de chambre, son identité, le médicament, les diagnostics, etc. et j'ai constaté qu'il avait déjà reçu une ampoule de 10 mg de Konakion i.v. J'ai donc rappelé le médecin responsable pour contrôler la prescription. Le médecin m'a dit qu'il ne savait pas que le patient avait déjà reçu du Konakion. Il a pensé que son collègue avait probablement prescrit le médicament à sa place, sans l'en informer. »

Cas 8

« Erreur de communication entre ASSC et diplômé : injection de 2,5 mg de morphine au lieu de 1 mg. »

Cas 9

« Une diplômée a demandé à une autre diplômée d'injecter une ampoule de 10 mg d'éphédrine i.v. La diplômée à qui l'ordre avait été délégué a administré 50 mg d'éphédrine sans contrôler s'il s'agissait bien d'une ampoule de 10 mg seulement. »

Cas 10

« Contrôle de la glycémie chez un nouveau-né. J'ai demandé à ma collègue de préparer la fiche de laboratoire et je lui ai donné par erreur un mauvais nom (c.-à-d. prélèvement fait chez le bon bébé, mais collé la fausse étiquette). »

Cas 11

« La personne en formation a demandé à la diplômée d'administrer les médicaments au patient par la sonde. Lorsqu'il a été question de ce soin plus tard, il a été constaté que la diplômée avait administré le médicament non pas par la sonde gastrique, mais par la sonde PEG. »

Cas 12

« Un ECG devait être fait à un patient. L'ordre avait été inscrit correctement et signé par l'infirmière ainsi que par le médecin. L'ECG devait être fait dans le courant de la journée, il n'était pas urgent. L'équipe de la journée a transmis l'ordre à l'équipe du soir. L'information a été donnée par oral. Dans la division, deux patients portaient le même nom. L'infirmière du soir a fait l'ECG au mauvais patient. Il y a manifestement eu un malentendu dans la communication du nom (on ne sait pas si le nom a été mal prononcé ou mal compris). »

Cas 13

« En aidant une patiente à se changer, une ASSC en formation a outrepassé ses compétences : la patiente avait un pousse-seringues à deux voies. L'ASSC a ouvert le pousse-seringues, puis a ensuite interverti les seringues. Cela a été constaté par hasard, car une des seringues était vide trop tôt. »

Cas 14

« Je suis une personne en formation, et je n'ai pas montré la seringue d'insuline après l'avoir préparée. Par crainte, j'ai ensuite menti à la personne de référence. »

* Textes traduits de l'allemand et partiellement raccourcis et modifiés sur le plan rédactionnel pour une meilleure compréhension.

L'essentiel en bref

Quelle est l'ampleur du problème ?

La délégation de tâches au sein des équipes est à considérer comme un processus comportant des risques d'erreurs. De nombreuses déclarations CIRS montrent à cet égard une fréquence élevée de problèmes liés à la communication. Fait partie des causes typiques d'erreurs le manque de sécurité des pratiques, aussi bien lors de la transmission que de la prise en charge de tâches déléguées. Les possibilités de contrôle étant en outre réduites, il en résulte des risques considérables.

Que peut-on faire ?

Lors de la délégation de tâches, il est particulièrement important de respecter les règles générales destinées à éviter les erreurs, mais aussi de réduire les problèmes de communication. Lorsque plusieurs niveaux de qualification et d'expérience sont présents dans l'équipe, il convient par ailleurs de limiter la délégation de tâches aux personnes professionnellement compétentes pour les accomplir et, le cas échéant, de surveiller qu'elles sont mises en œuvre correctement (voir Informations complémentaires, p. 5 et 6).

Commentaire des expert·e·s

La délégation de tâches et d'interventions fait partie des caractéristiques de l'activité dans le domaine de la santé, marquée par le partage du travail. Dans les épisodes de surcharge en particulier, il peut être important – dans le sens de la sécurité des patient·e·s – de déléguer des tâches suffisamment tôt afin de pouvoir diriger son attention situationnelle sur les mesures à mettre en œuvre en priorité. Il convient ici de distinguer deux variantes fondamentales : d'une part, la répartition verticale des tâches, dans laquelle des ordres sont transmis selon les niveaux de hiérarchie ou de qualification aux collaborateurs/collaboratrices chargés de les exécuter ; d'autre part, la répartition horizontale des tâches, où un mandat global est partagé entre les membres d'une équipe ou des personnes ayant les mêmes compétences et situées au même niveau hiérarchique. Au sein des groupes professionnels, la délégation de tâches fait partie du quotidien. Elle sert à répartir la charge de travail de façon équitable, à mieux maîtriser les moments de surcharge ou à remplir des missions de formation*.

Les événements décrits en première page montrent à quel point, dans la pratique, la délégation de tâches à d'autres personnes comporte des risques d'erreurs. Ces signalements ne représentent qu'une petite partie des déclarations de la banque de données CIRRNET qui mettent le doigt sur cette problématique. Bien que les cas rapportés



Fig. 1 : Sources d'erreurs typiques dans la communication orale

proviennent presque exclusivement du domaine infirmier, il faut partir du principe que des erreurs lors de la délégation de tâches surviennent dans tous les groupes professionnels et tous les secteurs de prise en charge [1–3]. À noter, dans ce contexte, la fréquence des erreurs liées à la communication [4,5]. Étant donné que dans la plupart des cas, la délégation de tâches se fait exclusivement par oral, les sources typiques d'erreurs liées de façon générale à la communication verbale peuvent être nombreuses dans ces situations (fig. 1).

S'ajoute à ces difficultés le fait que, le plus souvent dans la pratique, les tâches déléguées sont formulées de

manière très concise et que des informations importantes d'arrière-plan sont considérées comme connues. Le fait de tabler sur une connaissance commune de la situation incitera à transmettre l'information sous une forme abrégée.

Il convient également de considérer la dynamique entourant le plus souvent la délégation de tâches. Si des activités sont déléguées par une personne pour réduire son propre volume de travail dans des situations de surcharge, il y a en réalité une nette inadéquation entre le temps consacré à cette délégation et le nombre d'informations à communiquer. Pour que la transmission de tâches professionnelles soit sûre, il s'agit de communiquer au minimum l'identité du/de la patient·e, l'intervention demandée, le moment de l'exécuter, les mesures de précaution à respecter (particularités touchant à la sécurité) ainsi que la compétence par rapport à la documentation (fig. 2). On peut mettre en doute le fait que ces éléments fondamentaux puissent être communiqués – et pris en compte – de façon fiable s'ils sont transmis sous une forme abrégée.

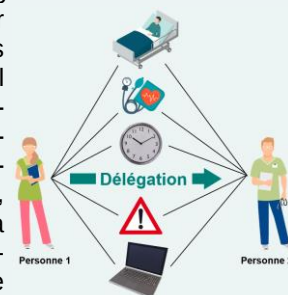


Fig. 2 : Contenus minimaux à transmettre lors de la délégation de tâches

Manifestement, les erreurs survenant en cas de transmission orale de tâches sont rarement découvertes en temps opportun. Dans ces situations, il est en effet rare que l'on surveille la mise en œuvre de la tâche déléguée ou que l'on vérifie ultérieurement son exécution. Il en va autrement lorsque la tâche est déléguée selon une répartition verticale du travail. Lorsqu'il y a plusieurs niveaux de qualification, d'habilitation et d'expériences, la surveillance et le contrôle des tâches déléguées font non seulement partie du devoir général de diligence, mais peuvent également être définies comme des mesures d'assurance-qualité contraignantes. Cette situation se présente dans le cadre d'un mandat de formation et au sein d'équipes qui comptent des personnes au bénéfice d'aptitudes (« skills ») et de titres de formation (« grades ») différents.

* La présente Quick-Alert n'aborde pas l'application d'ordres médicaux ni la répartition du travail entre différentes disciplines. Elle traite exclusivement de la délégation de tâches au sein d'un groupe professionnel.

Recommandations

La réflexion sur la prévention des erreurs dans la délégation de tâches doit prendre en compte une problématique générale : la manière de structurer la répartition horizontale et verticale du travail de façon à garantir toute sécurité. Les bases juridiques applicables aux différents cas de figure ne sont que partiellement utiles en la matière, car elles font essentiellement référence aux questions de responsabilité de droit pénal ou civil. Dans ce domaine, la préoccupation d'éviter les erreurs ne figure pas au premier plan [6–9]. Certes, la responsabilité individuelle de la transmission et de l'exécution correctes des interventions est soulignée, comme l'est d'ailleurs – et très fortement – le principe de confiance dans l'exactitude des ordres et de la mise en œuvre des mesures déléguées. En revanche, les sources possibles d'erreurs liées à ce processus ne font pas l'objet de beaucoup d'attention.

Pour améliorer la sécurité dans la délégation de tâches, des mesures efficaces sont indispensables. Elles doivent viser le respect des principes de délégation et la sécurité de la communication. Si l'on veut obtenir l'adhésion nécessaire à ces mesures, il est essentiel de commencer par sensibiliser les personnes concernées aux risques d'erreurs liés au processus de la délégation des tâches.

Principes de la délégation de tâches

Si de nombreuses erreurs relevées dans les déclarations CIRS surviennent de manière similaire dans d'autres processus, certaines sont caractéristiques du processus de la délégation de tâches. La reprise généralement à très court terme de patient·e·s joue un grand rôle en la matière, car il manque dès lors souvent la connaissance de la situation et l'intégration de l'intervention demandée dans le plan de traitement, ce qui peut conduire à des erreurs. On note d'autres constellations d'erreurs dans des situations de formation, d'instruction et de mise au courant, ou encore en cas de délégation à des personnes ayant d'autres niveaux de compétence. C'est pourquoi il est important que, lors de la délégation, certains principes soient respectés, tant par la personne qui délègue une tâche que par celle qui la prend en charge.

Bonne tâche

Bon·ne patient·e

Bonnes circonstances

Bonne personne

Bonne communication

Bonne documentation

Bonne surveillance

Fig. 3 : Règles de base pour garantir la sécurité dans la délégation et la prise en charge de tâches (voir Informations complémentaires)

Fonctions de surveillance et de contrôle de la personne qui délègue

En cas de délégation d'une tâche au niveau de qualification horizontal, il n'y a en règle générale pas de surveillance directe pendant l'exécution de l'intervention. Pourtant, s'assurer que les tâches confiées à une autre personne ont été exécutées et documentées correctement relève de la responsabilité de la personne qui délègue. Or dans la pratique, il est rare qu'un réel contrôle qualitatif de l'intervention déléguée soit possible. Cela est dû non seulement à la difficulté à effectuer un tel contrôle après coup, mais aussi au temps qu'il faudrait y consacrer, et qui annulerait le temps gagné grâce à la délégation de la tâche. Il faut donc partir de l'idée que la surveillance ou la vérification après l'intervention n'ont lieu qu'à titre exceptionnel. La plupart du temps, le contrôle se limite à demander confirmation de la réalisation de l'intervention.

Il en va autrement lors de la délégation à des personnes ou des groupes de personnes qui sont en formation ou en formation continue. Selon les connaissances et aptitudes individuelles, l'enseignement du savoir spécialisé, l'instruction pratique et la surveillance des interventions à mettre en œuvre font partie des devoirs incombant à la personne qui transmet un savoir [10,11]. Même si des contacts personnels sont généralement déjà noués, on ne peut pas tabler sur le fait que les tâches déléguées seront exécutées de manière correcte, car il est difficile de bien évaluer le niveau de connaissances et d'expérience ainsi que les aptitudes pratiques de la personne à qui la tâche est déléguée. Dans les contextes de formation, d'instruction et de mise au courant, une certaine pression peut en outre être ressentie, empêchant en partie de signaler ses propres lacunes lors de la prise en charge de tâches.

Divers développements actuels posent en outre d'autres défis en termes de délégation de tâches. En fait notamment partie l'interaction de plus en plus courante entre personnes ayant des niveaux de formation différents, liée au partage du travail (« Skill-Grade-Mix »). En raison d'attributions et de domaines de responsabilité et de tâches qui se recoupent, certaines activités doivent être transmises à d'autres membres de l'équipe. Si l'on veut garantir la sécurité des patient·e·s malgré les différences de qualification au sein de l'équipe, il est impératif de respecter les règles fondamentales de la répartition verticale des tâches [12–14]. Dans de telles constellations, il convient de garantir la sécurité de la communication et d'appliquer les mesures usuelles de surveillance et de contrôle, mais aussi de vérifier en particulier quelles tâches peuvent être déléguées à quelle personne en fonction de ses qualifications professionnelles. Les catalogues de compétences des groupes professionnels peuvent certes aider à s'orienter en la matière, mais ils ne remplacent pas l'évaluation directe, auprès de la personne concernée, de ses aptitudes pratiques et des connaissances théoriques qui y sont associées.

Pour se faire une image réaliste de la situation dans cette perspective, un contact étroit au sein des équipes mixtes est important afin de bien se connaître mutuellement dans le travail pratique.

L'engagement toujours plus fréquent de personnel temporaire ou de membres d'un pool constitue un défi supplémentaire à cet égard [15]. Bien que le niveau de formation formel des personnes engagées à ce titre soit en principe connu, il est là aussi difficile d'évaluer de façon réaliste leurs connaissances et leurs aptitudes individuelles. S'ajoute à ces difficultés le fait que ces personnes connaissent généralement mal l'organisation, le contexte et les structures du lieu où elles travaillent. Selon la fréquence et la durée de l'engagement dans les différents domaines, ces facteurs peuvent être sources d'erreurs et doivent dès lors être dûment pris en compte lors de la délégation de tâches.

Sécurité du processus de délégation

Le fait que les tâches prises en charge concernent habituellement des patient·e·s hors de son propre champ de responsabilité comporte en soi toute une série de risques d'erreurs. C'est pourquoi il importe de communiquer de manière claire aux collaborateurs/collaboratrices le risque d'erreurs de ce processus et les dangers qui y sont liés. À cette fin, il serait bon d'aborder la problématique à l'aide d'exemples concrets (p. ex. déclarations CIRS). Une attention particulière doit être accordée aux erreurs fréquentes, ce afin de mettre en évidence la « banalité » de telles situations et la haute probabilité qu'elles se produisent.

À l'instar d'autres processus, une série de facteurs interconnectés doivent être réunis pour que la délégation de tâches se déroule sans incidents. Cela ne peut pas être le cas si les personnes se fondent sur des suppositions ou des probabilités non avérées. Au contraire, elles doivent se baser sur des certitudes concernant chacune des étapes de l'intervention. En cas de doute, elles doivent impérativement vérifier les données et, pour ce faire, recourir aux moyens à disposition (dossier du/de la patient·e, bracelet d'identité, etc.).

Garantir une communication sûre

La délégation de tâches se déroulant le plus souvent par oral, il importe non seulement de transmettre correctement le contenu de l'intervention déléguée, mais aussi de veiller à ce que les contenus communiqués soient également enregistrés de manière juste et complète. Par rapport à d'autres branches, le domaine de la santé connaît toutefois peu de règles garantissant une communication sûre. Si l'on souhaite accroître la sécurité de ce processus qui comporte de nombreux risques d'erreurs, il convient de trouver des moyens pratiques permettant de garantir une haute fiabilité dans la transmission d'informations et la délégation de tâches.

Structurer la communication

D'un point de vue organisationnel, des compétences sont confiées à d'autres personnes pendant une durée limitée ou dans le but d'accomplir des mesures concrètes.

C'est pourquoi il est judicieux de se référer à des processus posant des défis comparables, afin de bénéficier des expériences positives qui en ont été tirées. Nous pensons ici au transfert de patient·e·s, où il s'agit d'assurer une transmission d'informations sûre et effective. Dans ce domaine, il existe déjà des instruments pratiques et efficaces qui pourraient être adaptés (voir Informations complémentaires).

Éviter les erreurs de communication

L'utilisation d'outils de communication sert avant tout à améliorer la structuration, en garantissant ainsi l'exhaustivité des données à transmettre et en accroissant la fiabilité de la délégation de tâches. Indépendamment de cela, d'autres erreurs de communication peuvent cependant survenir malgré la bonne transmission des informations. Pour y remédier, des mécanismes de contrôle sont impératifs afin de garantir la prise en charge correcte de la tâche déléguée.

De nombreuses déclarations enregistrées dans la banque de données CIRRNET montrent que les délégations sont souvent inscrites de façon erronée et, dès lors, exécutées également de manière incorrecte. Il arrive manifestement souvent, dans la routine quotidienne, que la personne à qui une tâche a été déléguée néglige de confirmer à la personne qui a délégué qu'elle a bien saisi le message. Or pour une communication sûre, il est impératif, non seulement de formuler le message de manière univoque, mais également de demander un retour et de vérifier si le mandat a été compris de manière juste et exhaustive (fig. 4). Ce n'est

qu'en respectant ces trois composantes fondamentales de la communication en boucle fermée que l'on peut considérer que l'information a été transmise de manière sûre [16].

Il s'agit en outre de vérifier si les tâches déléguées ont été bien comprises du point de vue de la langue. Les barrières linguistiques sont le plus souvent abordées sous l'angle de la communication avec les patient·e·s [17–20]. Or il ne faut pas oublier que ce problème peut également se poser au sein de l'équipe soignante [21,22]. Le secteur de la santé, précisément, compte un effectif élevé de collaborateurs/trices venant d'un grand nombre de régions linguistiques et de pays différents, de sorte que ce facteur ne doit pas être négligé dans la pratique. Même en connaissant bien la langue régionale, il se peut que des termes techniques, des abréviations (voir Quick-Alert n° 45 « [Attention aux abréviations médicales](#) »), le jargon professionnel ou des expressions locales soient sources de problèmes de compréhension et se traduisent par des erreurs dans l'exécution de la tâche déléguée. Il n'est pas rare qu'il existe des inhibitions de tous ordres à avouer que l'on n'a pas bien compris un mandat. Raison pour laquelle il est particulièrement important – lorsque des problèmes linguistiques ne peuvent pas être exclus – de recourir à la communication en boucle fermée (y compris validation du contenu).

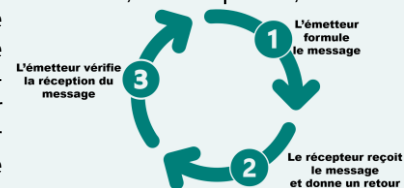


Fig. 4 : Composantes fondamentales de la communication en boucle fermée (adapté d'après [16])

Informations complémentaires : principes s'appliquant à la délégation et à la prise en charge de tâches

À l'instar de la règle des B, bien connue dans le processus de médication, plusieurs facteurs interconnectés sont déterminants pour atteindre la sécurité attendue dans la délégation et la prise en charge de tâches.

Délégation de tâches

Bonne tâche

Déléguez uniquement des tâches dont l'exécution par d'autres collaborateurs/collaboratrices est possible et autorisée.



Bon·ne patient·e

Communiquez l'identité du/de la patient·e de manière claire, évitez les données non sûres et demandez confirmation de l'identité.



Bonnes circonstances

Ne déléguez des tâches auprès de patient·e-s instables ou dans des situations complexes qu'à titre exceptionnel et seulement si d'autres activités vous empêchent de les exécuter vous-même.



Bonne personne

Assurez-vous que la personne à qui vous déléguez une tâche possède les aptitudes pratiques et les connaissances lui permettant de la maîtriser en toute sécurité.



Bonne communication

Communiquez de manière structurée et assurez-vous que la personne à qui vous avez délégué une tâche l'a bien comprise en lui demandant d'en confirmer le contenu.



Bonne surveillance et bonne évaluation

Assumez votre responsabilité en termes de délégation en surveillant et en contrôlant l'exécution de la tâche et, le cas échéant, en donnant une instruction.



Prise en charge de tâches

Prenez en charge uniquement des tâches dont l'exécution vous est possible et autorisée.

Confirmez l'identité du/de la patient·e et exécutez l'intervention auprès de cette personne uniquement après avoir dûment vérifié son identité.

Ne prenez en charge des tâches auprès de patient·e-s instables ou dans des situations complexes que si vous pouvez les exécuter en toute fiabilité.

Vérifiez de manière autocritique si vous possédez les aptitudes pratiques et les connaissances vous permettant de maîtriser la tâche déléguée en toute sécurité. Communiquez vos lacunes le cas échéant.

Confirmez, en répétant le contenu de manière structurée, que vous avez bien compris la tâche déléguée et demandez des précisions si vous avez un doute.

Assumez votre responsabilité dans la prise en charge d'une tâche en confirmant son exécution, en la documentant et en signalant, le cas échéant, des problèmes survenus ou d'éventuelles incertitudes.

Adapté d'après [23,24]

Les présentes règles sont disponibles pour le téléchargement sous forme documents séparés au format [A4](#) et [A3](#).

Informations complémentaires I-PASS et ISBAR

La délégation de tâches se déroule de manière beaucoup plus sûre si les informations à transmettre sont communiquées de façon structurée, toujours dans le même ordre. Le domaine de la santé propose aujourd'hui les deux outils I-PASS et ISBAR* ainsi que des adaptations locales [25–28].

Si, dans une organisation, l'un de ces instruments est déjà introduit, il est recommandé d'élargir son application à la délégation de tâches et de mettre sur pied au besoin des instructions/formations. Dans le cas contraire, il est judicieux de choisir un outil approprié et de l'introduire à l'échelle la plus large possible par le biais d'une campagne d'implémentation.

Ces deux instruments ont été développés dans le but d'éviter les erreurs, grâce à une communication systématique. Les structures qui sous-tendent ces outils peuvent également être appliquées à la délégation de tâches. Vu la fréquence des erreurs d'identification rapportées, il conviendrait dans tous les cas de compléter ces deux instruments par un élément permettant la transmission sûre de l'identité du/de la patient·e (fig. 5, 6).

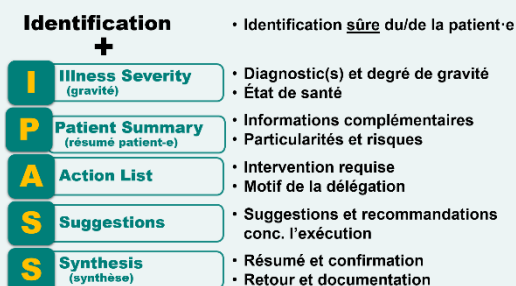


Fig. 5 : Application de la structure I-PASS dans le cadre de la délégation de tâches

À première vue, l'utilisation de tels instruments semble constituer une perte de temps et paraît peu pratique. En réalité, des projets d'introduction qui se sont déroulés à satisfaction montrent que ces instruments, loin de générer du travail supplémentaire, permettent avant tout une transmission mieux structurée et plus complète des contenus.

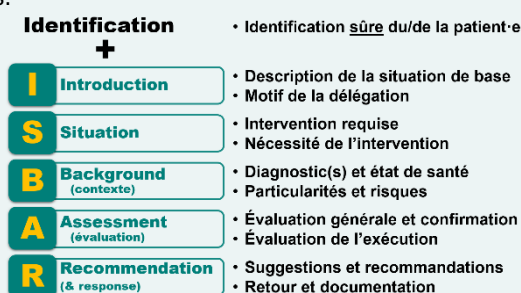


Fig. 6 : Application de la structure ISBAR dans le cadre de la délégation de tâches

Il ne faut jamais oublier que l'idée selon laquelle nos collègues de travail disposent du même niveau d'informations et ont la même relation avec les patient·e·s que soi-même est souvent fautive. Il est donc dans l'intérêt de la personne qui délègue – et il en va de sa responsabilité professionnelle – de garantir la transmission exhaustive de toutes les informations pertinentes. De plus, la systématique proposée n'empêche en rien de communiquer certains éléments de manière plus pointue selon les situations, par mots-clés.

Cela étant, il s'agit également de prendre en compte le fait qu'une modification efficace et durable du mode de

communication au moyen d'un nouvel instrument ne se fait pas toute seule. Elle nécessite un certain investissement, qui dépasse la simple présentation de l'outil ou la distribution de cartes de poche. L'introduction d'un instrument de communication exige en effet la mise en place d'une stratégie d'implémentation à large échelle [29–31].

L'utilité de tels outils ne se limite alors pas à la délégation sûre de tâches, mais permet de maîtriser toute une série de situations de communication de manière plus structurée.

- Rapports lors de changements d'équipe
- Informations sur des situations critiques
- Présentation d'un·e patient·e lors de la visite
- Transfert dans d'autres services/divisions
- Transfert dans d'autres secteurs de prise en charge
- ...

Ce large éventail d'applications et surtout le gain de sécurité en matière de communication suffisent à eux seuls à justifier l'investissement. S'ils sont introduits correctement et largement utilisés, on peut attendre de ces instruments de communication un fort accroissement de l'efficacité. Mais ils ne déploient leur pleine efficacité que s'ils sont mis en place de manière uniforme, si possible auprès de tous les groupes professionnels et à tous les niveaux de formation et de degrés hiérarchiques. Pour compléter les mesures de formation et d'information indispensables, un matériel bien conçu – comme des cartes de poche ou des posters – peut être bienvenu (fig. 7). En évaluant le coût et l'utilité de tels instruments, il convient de prendre en compte non seulement le temps requis pour l'introduction et l'utilisation à proprement parler du nouveau mode de communication, mais aussi le temps gagné en s'épargnant les mesures correctives qui seraient nécessaires à défaut.



Fig. 7 : Exemple d'une campagne de sensibilisation avec une structure ISBAR adaptée (source : Hôpital universitaire des enfants de Zurich)

Indépendamment de tels calculs, c'est en première ligne la possibilité d'éviter des conséquences lourdes pour les patient·e·s qui devrait motiver à utiliser de tels instruments [32,33].

* Différentes variantes de l'outil ISBAR existent sous les dénominations SBAR ou ISOBAR.

Bibliographie

1. Malterud K, Aamland A, Fosse A. How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2020;38:24–32.
2. Osuga A, Abe T, Sato H, et al. Association Between Patient Satisfaction and Preoperative Task-Shifting From Anesthesiologists to Perianesthesia Nurses: A Questionnaire Survey Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2023;38:421–6.
3. Bolme S, Morken TS, Follestad T, et al. Task shifting of intraocular injections from physicians to nurses: a randomized single-masked noninferiority study. *Acta Ophthalmol*. 2020;98:139–44.
4. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Educ Pract*. 2016;19:36–40.
5. Prineas S, Mosier K, Mirko C, et al. Non-technical Skills in Healthcare. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Springer International Publishing 2021:413–34.
6. Burtat S, Guillod O. Rechtsgutachten [Die ärztliche Haftung im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit](#). 2015. (accessed 25 November 2023)
7. ASSM Bases juridiques pour le quotidien du médecin – Un guide pratique Publié en ligne la première fois en 2022. doi : 10.5281/zenodo.7148451
8. Landolt H. Wo beginnt und endet die Verantwortung. *Krankenpflege*. 2006;6/06.
9. Vollenweider A-C. (2001) [La responsabilité civile à raison des actes médicaux, notamment des auxiliaires](#) (consulté le 28 novembre 2023),
10. Mamerow R. Praxisausbildung in den Pflegealltag einbinden. *Praxisanleitung in der Pflege*. Berlin: Springer 2010.
11. Gauthier S. Aligning direct observation and assessment. *Med Educ*. 2019;53:642–4.
12. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, et al. Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:559–68.
13. Niederberger-Burgher J. 'Skill mix' und 'Grade mix' heute und in Zukunft. *Pflege*. 2002;15:161–2.
14. Inauen A, Rettke H, Fridrich A, et al. Critical factors for optimising skill-grade-mix based on principles of lean management. A qualitative substudy. *Pflege*. 2017;30:29–38.
15. Swiss Nurse Leaders. (2022) [CNO Baromètre-CNO Barometer](#) (consulté le 12 décembre 2023)
16. US-Department of Defense, Agency for Healthcare Research. [Pocket Guide Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety](#). (consulté le 28 novembre 2023),
17. Halbricht R, Ackermann-Frösch N. Der Dolmetscher. *Krankenpflege*. 2007;4/07.
18. Roser M, Petry H, Kleinberger U, et al. Sprachbarrieren in der Spitex: Für alle frustrierend. *Krankenpflege*. 2013;1/13.
19. Van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, et al. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2016;54:45–53.
20. Gerchow L, Burka LR, Miner S, et al. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2021;104:534–53.
21. Meuter RFI, Gallois C, Segalowitz NS, et al. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Serv Res*. 2015;15.
22. Weller J, Boyd M, Cumlin D. Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014;90:149–54.
23. [Pedagogy Online Learning Systems. 5-rights-of-delegation](#). (accessed 10 January 2024)
24. National Council of State Boards of Nursing, Alexander M, Connelley R, et al. National Guidelines for Nursing Delegation. *J Nurs Regul*. 2016;7:5–14.
25. Staines A, Coelho V, Farin Alexandre, et al. I-PASS, un programme de structuration et de fiabilisation des transmissions en milieu de soins. *Risques & Qualité*. 2022;19:85–90.
26. WHO, Joint Commission (2007). [Communication During Patient Hand-Over](#). 2007. (consulté le 28 novembre 2023),
27. Pilz S, Stapenhorst K, Weber H. [SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation](#). 2020. (consulté le 28 novembre 2023),
28. Starmer AJ, Schnock KO, Lyons A, et al. Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:949–57.
29. Hughes HK, Serwint JR, O'Toole JK, et al. I-PASS Adherence and Implications for Future Handoff Training. *J Grad Med Educ*. 2019;11:301–6.
30. O'Toole JK, Hepps J, Starmer AJ, et al. I-PASS Mentored Implementation Handoff Curriculum: Frontline Provider Training Materials. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10912.
31. Shahian DM, McEachern K, Rossi L, et al. Large-scale implementation of the I-PASS handover system at an academic medical centre. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:760–70.
32. Ryan SL, Logan M, Liu X, et al. Long-Term Sustainability and Adaptation of I-PASS Handovers. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2023;49:689–97.
33. Lo L, Rotteau L, Shojania K. Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ Open*. 2021;11.

Auteurs / autrices et spécialistes ayant participé à l'élaboration du présent document

Helmut Paula, EMBA HSM
Fondation Sécurité des patients Suisse

Andrea Leibold, MSC
Fondation Sécurité des patients Suisse

Carmen Kerker, MSCN
Fondation Sécurité des patients Suisse

La présente Quick-Alert® a été approuvée par les associations professionnelles/organes suivants :

Comité du CIRRNET

Remarque

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

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

Helmut Paula, responsable de CIRRNET
paula@patientensicherheit.ch

Carmen Kerker, collaboratrice scientifique
kerker@patientensicherheit.ch

www.patientensicherheit.ch/quick-alert

Fondation Sécurité des patients Suisse

Nordstrasse 31
CH-8006 Zurich
T +41 43 244 14 80