

LE TRANSPORT INTRA-HOSPITALIER : UN ACTE À RISQUE

L'HISTOIRE

Jane, une petite fille de 6 ans, est opérée le 18 février pour une malformation cardiaque congénitale. L'opération s'est déroulée sans incident. À la fin de l'intervention, l'enfant est extubée et transférée en salle de réveil.

L'état de la patiente semble stable. Cependant, dû à son jeune âge et à la complexité de l'intervention, l'anesthésiste ordonne de placer un oxymètre de pouls afin de monitorer continuellement sa saturation artérielle pendant les prochaines 24 heures. L'oxymètre de pouls n'est pas installé par l'équipe de la salle de réveil car cette dernière a compris que le dispositif devait être placé par l'équipe de l'unité des soins.

Lors du transfert, le brancardier note que l'enfant semble avoir des difficultés à respirer. Comme il lui avait été dit que son état était stable et qu'il ne considère pas avoir les compétences pour juger ce genre de situation, celui-ci décide de ne rien dire à l'équipe soignante. Le transport entre la salle de réveil et l'unité des soins dure environ 10 minutes.

En arrivant à l'unité, le brancardier prévient les infirmières de service que Jane est arrivée. Celui-ci ne fait part d'aucune préoccupation. Les infirmières de l'unité ont reçu une notification de la salle de réveil disant que l'intervention s'est déroulée sans aucune complication et que la patiente

est stable. Celles-ci n'ont donc pas considéré la prise en charge de la patiente comme urgente.

Quelques minutes plus tard, l'infirmière Marie vient examiner l'enfant et place l'oxymètre de pouls. Soudain, elle réalise que l'enfant est hypoxique. Elle administre immédiatement l'oxygène par masque, mais une bradycardie et une hypotension surviennent. L'enfant fait un arrêt cardiaque. L'équipe de réanimation est appelée en urgence et l'enfant est finalement réanimée par celle-ci. Suite à cet évènement, Jane a gardé des séquelles neurologiques.

L'ANALYSE

Le transport intra-hospitalier (TIH) est un acte quotidien qui est potentiellement à risque d'évènements indésirables. Selon plusieurs études, le taux d'évènements indésirables liés aux transferts intra-hospitaliers varie entre 30% à 80% (Fanara et al, 2010; Jia et 2016). Ces évènements sont, la plupart du temps, liés à des problèmes de communication entre professionnels, l'absence d'évaluation du patient avant et après le transfert, un manque de connaissance et de compétences de la part de l'équipe de transport mais également une absence de culture de sécurité.

Procédure et check-list transfert

Afin d'assurer la sécurité du patient lors des TIH, une approche multidimensionnelle doit être envisagée, notamment l'établissement d'une procédure spécifique pour les transferts et la formation du personnel (soignant et non-soignant) en ce qui concerne les compétences techniques et non-techniques liées aux TIH. Une autre solution est la création en interne d'une check-list pour les transferts. La check-list pour les transferts couvre toutes les étapes du transport du patient entre unités de soins, d'une unité de soins vers un secteur interventionnel ou vice-versa. Elle comprend la vérification de l'identité, l'évaluation de l'état du patient avant et après le transport et la vérification du matériel à chaque stade du parcours. Elle permet également d'organiser le transport de façon collective et centrée sur la sécurité du patient, de partager les informations ainsi que de sensibiliser les professionnels de santé aux risques associés aux soins. Quelques études ont permis de vérifier une réduction des complications liées aux transferts grâce à l'utilisation d'une check-list spécifique (Choi et al, 2012).

Speak Up

Une autre cause identifiée lors de cet évènement est l'absence de communication du brancardier sur les éléments constatés. Ce facteur met en évidence des problèmes liés à la culture sécurité de l'institution, plus spécifiquement la capacité de tous les professionnels, et non uniquement des médecins et des infirmiers, d'évoquer ses préoccupations en ce qui concerne la sécurité du patient (en anglais *Speak Up*). *Speak Up* est synonyme d'une obligation de communiquer les préoccupations relatives à la sécurité – par le biais d'informations, de questions, d'évaluations ou de prises de position – lors de situations cliniques exigeant un besoin imminent d'action pour protéger les patients et patientes. Les principales barrières du *Speak Up* sont liées aux structures hiérarchiques existantes dans les institutions, l'augmentation croissante des contraintes de temps mais aussi le manque de formation et d'implication du personnel non-soignant.

SBAR

Afin d'améliorer la communication et le partage d'informations entre les professionnels, des méthodologies de communication standardisée et en boucle fermée (exemples : SBAR, I-PASS) peuvent être utilisées. Ce type de techniques de communication permet aux professionnels de santé de partager de façon structurée les informations critiques nécessitant une attention et une action immédiate lors de la prise en charge du patient (exemple l'installation de l'oxymètre de pouls).

En résumé, pour assurer la sécurité du patient lors des TIH, il est recommandé :

- D'évaluer le **niveau de gravité clinique du patient avant le transfert** afin de déterminer les qualifications nécessaires à l'équipe de transport ;
- D'évaluer le **patient après le transfert** afin de vérifier s'il y a eu un changement de son état de santé ;
- De développer et d'implémenter une **check-list** interne pour les TIH ;
- D'utiliser des **outils de communication standardisée** ;
- De promouvoir une **culture de sécurité**, notamment grâce au *Speak Up*.

Pour en savoir plus :

Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmettre T, Capellier G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. Crit Care. 2010;14:R87.

Jia L, Wang H, Gao Y, Liu H, Yu K. High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. Crit Care. 2016;20:12.

Warren J, Fromm Jr RE, Orr RA, Rotello LC, Mathilda HM; American College of Critical Care Medicine. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care Med. 2004;32:256-262.

Sécurité des patients Suisse. Recommandations : Le transport intrahospitalier des patients atteints de maladies graves. 2010

Quenot, JP, Milési C, Cravoisy A, Capellier G, Mimoz O, Fourcade O, Gueugniaud P. Transport intrahospitalier des patients à risque vital (nouveau-né exclu). Annales Françaises de Médecine D'urgence.2011;1(4): 278-283.

Choi HK, Shin SD, Ro YS, Kim DK, Shin SH, Kwak YH. A before- and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. Am J Emerg Med. 2012;30:1433-1440.