

# Quick-Alert®



## N° 48c

### Déclarations CIRIS sur la crise du COVID-19 (sem. 22)

#### Déclarations concernant des problèmes de communication (thème principal)

##### Divers

« Actuellement, la division A est une unité de transition (qui accueille les patients chez lesquels on suspecte une infection COVID-19 jusqu'à ce que le résultat du frottis soit connu). Les patients positifs au COVID-19 sont ensuite transférés en division B (isolement), les autres dans le service correspondant à leur problème médical. Sous les résultats de microbiologie, une soignante a lu que le patient X avait été testé négatif aux coronavirus sans SRAS et est partie de l'idée qu'il était négatif au coronavirus. On ne sait pas si, à ce moment, le système contenait déjà l'information selon laquelle le test aux COVID respiratoires était positif. Cette soignante a ensuite dit à sa collègue que le patient était négatif au coronavirus. Avec l'accord oral du médecin, la collègue a transféré le patient dans la division correspondant à son problème médical, persuadée que le test COVID-19 était négatif. A cet endroit, le patient X a passé quatre heures à côté du patient XY (négatif au COVID-19). Il s'est finalement avéré que le patient X était positif au COVID-19. Il a donc été transféré en division B et le patient XY en division A, car il fallait déterminer si ce dernier avait été contaminé par le COVID-19. Le patient XY est maintenant très en colère, car il a peur d'avoir été infecté. » (18.04.2020)

##### Service d'urgence

« Il n'y a pas de réglementations claires concernant les tests COVID-19. Certains médecins demandent un test pour presque tous les patients et d'autres l'ordonnent très rarement. Parfois, on ne pense même pas à ce test. » (29.04.2020)

##### Pédiatrie

« L'enfant arrive aux urgences avec des symptômes respiratoires tels que toux, fièvre, douleurs, avec évolution en détresse respiratoire, tirage intercostal et battement des ailes du nez. Une pneumonie est confirmée, l'état du patient s'aggrave et il a besoin de toujours plus d'O<sub>2</sub>. Il est hospitalisé dans une chambre à deux lits et n'est pas isolé. Cet enfant et sa mère sont manifestement d'origine asiatique (plutôt chinoise). C'est l'équipe infirmière qui a dû attirer l'attention du médecin des urgences, du médecin du service et du chef de clinique sur le fait qu'en raison du coronavirus, il fallait demander si le patient/ses proches avaient été en contact avec des personnes arrivées de Chine ou s'étaient rendus en Chine. C'est seulement 19 heures après l'admission de l'enfant que le chef de clinique a enfin posé cette question, et ce sur l'insistance de l'équipe infirmière. » (21.04.2020)

##### Médecine interne

« Arrivée d'un patient de 67 ans depuis les urgences, conduit par le transporteur. Lorsqu'on pose à ce dernier la question du test du coronavirus, il répond « je ne sais pas ». Renseignement est alors pris au service des urgences : là, aucun test n'a été fait, car il n'y avait pas de suspicion d'infection. L'ICUS et le médecin assistant ne veulent pas hospitaliser ce patient dans une chambre à plusieurs lits avant d'avoir fait un test. Après de multiples tergiversations, le test est effectué (il s'avère négatif). » (29.04.2020)

##### Soins à domicile

« Un client revient à domicile à la suite d'un court séjour dans un EMS. Aucun rapport n'a été fourni, les informations ont été communiquées uniquement par oral. Deux jours plus tard, l'état général du client s'aggrave, au point qu'il doit être hospitalisé. Un jour après, nous sommes informés que ce monsieur est positif au COVID-19. Renseignements pris auprès de l'EMS, il s'avère que l'établissement soignait plusieurs résidents positifs au COVID-19. Malheureusement, cette donnée n'a jamais été transmise et personne n'a mentionné que ce client devait être mis en quarantaine à son retour à domicile. » (16.04.2020)

##### Bloc opératoire

« Un patient est admis le jour de son opération. Il est préparé et conduit au bloc opératoire. Il ne présente aucun symptôme de COVID-19. Lorsqu'il arrive en salle de réveil, les signes infectieux apparaissent soudain (suspicion d'infection au COVID-19). La question est posée au médecin responsable, qui ne donne pas de réponse. Renseignement est alors pris au laboratoire, qui ne dispose d'aucun échantillon de cette personne. Grosse incertitude sur la situation. » (21.04.2020)

Les textes ont été anonymisés et parfois remaniés du point de vue rédactionnel ou assortis de remarques, afin d'en garantir la clarté.

## Pédiatrie

« Un enfant de 8 ans, domicilié au Tessin, est admis dans la division pour une intervention planifiée. Oralement, le chef de clinique demande de faire un frottis COVID-19 chez cet enfant et de le traiter comme un patient avec suspicion d'infection au coronavirus, car il arrive du Tessin. Ces ordres ne sont pas visibles dans le dossier. Cet enfant va avec sa mère et un membre de l'équipe infirmière dans le service ORL, où il est examiné, puis il revient en division. Peu après, le médecin ORL téléphone et demande, très irritée, pourquoi on ne lui avait pas communiqué que cet enfant devait être traité comme une personne avec suspicion d'infection au COVID-19. Elle avait contrôlé le dossier avant de procéder à son examen et n'avait rien lu à ce sujet. Après l'examen, elle a à nouveau consulté le dossier et constaté alors que la suspicion d'infection au COVID-19 avait été inscrite. »  
(21.04.2020)

## Anesthésie

« Après son intervention, un patient est transféré en salle de réveil. Des informations sont demandées par téléphone au chef de clinique de chirurgie concernant un prélèvement sanguin. Le chef de clinique communique alors qu'il y a une suspicion d'infection au COVID-19 et que les infirmières doivent faire un frottis. L'équipe infirmière n'ayant pas les connaissances nécessaires, il s'ensuit plusieurs coups de téléphone des médecins et du personnel infirmier et, finalement, quelqu'un du service des urgences vient faire le frottis en salle de réveil. Il y a eu un manque de clarté concernant les responsabilités, de sorte que les précautions requises n'ont pas pu être mises en place immédiatement. »  
(15.04.2020)

## Service des urgences

« Un patient est annoncé pour la salle de déchocage. Lorsqu'il arrive devant la porte avec le médecin des urgences, le chef de clinique est au téléphone avec l'anesthésiste, qui estime qu'à cause du coronavirus, le patient ne doit pas entrer en salle de déchocage. Cette situation a retardé la prise en charge du patient qui était instable sur le plan circulatoire. La raison en est qu'à cause du risque lié au coronavirus, la salle de déchocage entière aurait pu être contaminée. Finalement, nous avons dû procéder au traitement dans une autre pièce du service des urgences. Cela s'est avéré très compliqué et très difficile de prodiguer les soins nécessaires dans cet espace, qui est exigu. Une partie du matériel manquait. Un tel patient aurait dû être pris en charge en salle de déchocage. »  
(21.04.2020)

## Autres déclarations pertinentes

### Pédiatrie

« Nous avons actuellement deux enfants avec suspicion d'infection au coronavirus, ou à un autre agent pathogène de gravité sévère (les tests coronavirus sont en cours => les mesures de protection sont mises en place). Mais les mesures d'hygiène ne sont pas mises en œuvre correctement ou ne le sont pas du tout, que ce soit par l'équipe infirmière ou par les médecins.  
Exemple : l'enfant est isolé et on devrait porter des masques FFP2, des lunettes de protection, une sur-blouse et des sur-chaussures, mais la porte de la chambre reste ouverte toute la journée -> quel est le sens de l'isolement (infection par les gouttelettes, mode de transmission encore très mal connu pour le coronavirus) ? Le personnel infirmier sort de la chambre en portant tout le matériel de protection, et les médecins y entrent sans aucune protection. »  
(21.04.2020)

### Autres

« Une collaboratrice avait été en contact dans son entourage avec une personne infectée au COVID-19. Grâce au relevé détaillé des symptômes et à une anamnèse par l'experte en hygiène de la clinique, un test au COVID-19 a été effectué, même si, hormis une perte de goût, cette collaboratrice ne présentait aucun symptôme. Le test s'est avéré positif au COVID-19 et les démarches nécessaires ont pu être entreprises. Grâce à une procédure menée correctement, il a été possible d'empêcher la transmission du virus dans la clinique. »  
(30.04.2020)

### Soins intensifs (chirurgie)

« Admission d'un patient COVID confirmé qui vient d'être intubé. En installant le patient, la sonde d'intubation se déconnecte par deux fois, malgré le contrôle des tubulures. Nous étions deux membres de l'équipe infirmière au lit du patient, nous portions des masques chirurgicaux normaux, mais le flux du respirateur s'est tout de même projeté fortement sur nous à deux reprises ! »  
(21.04.2020)

### Pédiatrie

« Nous avons des patients gravement malades installés à proximité de patients infectés au coronavirus et nos sacs poubelle ne sont vidés qu'une fois le week-end. »  
(21.04.2020)

**Dans la crise que nous traversons, apportez vous aussi votre contribution à l'échange d'informations importantes sur la sécurité des patients.**

**Rapportez [ici](#) les événements critiques – mais également les solutions que vous avez trouvées.**

## Commentaire / Recommandations

### Amélioration de la communication aux interfaces : facteur contribuant à interrompre la chaîne d'infection

Interrompre la chaîne de transmission d'infections existantes ou potentielles **au sein** d'une institution de soins

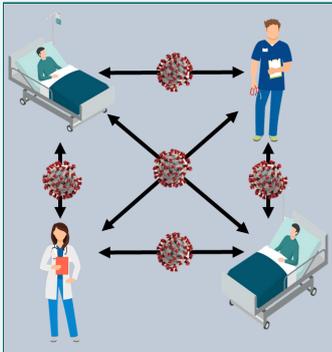


Fig. 1 : Les voies de contamination peuvent prendre toutes les directions.

ou **entre** les institutions de soins fait aujourd'hui partie des tâches primordiales. On sait désormais que la contamination par le virus peut se faire dans toutes les directions, entre patients et équipe soignante et même avec des tiers (fig. 1). Dès lors qu'une infection est connue ou suspectée, sa transmission peut être stoppée le plus souvent de façon efficace par l'application des mesures

générales recommandées (hygiène des mains, isolement, utilisation de matériel de protection). Il est plus difficile d'interrompre une chaîne d'infection si la contamination n'est pas encore perceptible. En outre, nous savons maintenant qu'un nombre non négligeable de personnes infectées ne présentent pas de symptômes ou ont des symptômes légers et non spécifiques. S'ajoutent à cela une période d'incubation du virus relativement longue et le temps d'attente entre le test et l'obtention des résultats. Ces facteurs favorisent une dissémination non contrôlable de l'agent pathogène du COVID-19. Les contacts multiples, la concentration d'un grand nombre de personnes au même endroit et la difficulté évidente à respecter les règles de distanciation – en particulier dans les établissements stationnaires – se traduisent par un risque potentiel élevé. Par conséquent, il est possible qu'un faible nombre de personnes infectées suffise à entraîner un très haut taux de reproduction du virus au sein d'une institution (fig. 2).

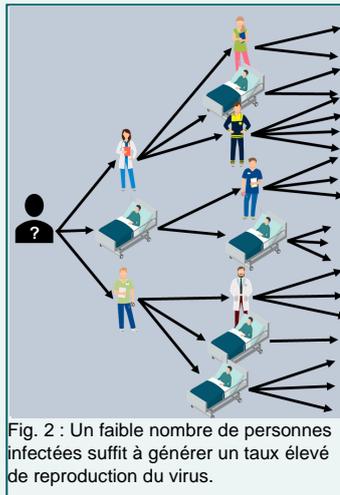


Fig. 2 : Un faible nombre de personnes infectées suffit à générer un taux élevé de reproduction du virus.

Dès l'apparition de l'épidémie COVID-19, d'importantes mesures structurelles et organisationnelles ont été mises en place pour interrompre les chaînes de transmission aussi efficacement que possible. Dans les hôpitaux de soins aigus en particulier, la suspension immédiate des traitements électifs a généré une nette réduction du nombre de patients. En maints endroits, cela a facilité le respect des réglementations et des procédures introduites.

Mais depuis la reprise du cours normal des activités dans les hôpitaux, la densité de patients s'inscrit à nouveau à la hausse. Il n'est pas non plus exclu que l'assouplissement des restrictions imposées jusqu'ici occasionne une nouvelle hausse des infections au COVID-19 et, donc une augmentation de la charge dans le système de santé.

**Aujourd'hui déjà, de nombreuses déclarations CIRS rapportent des événements critiques qui sont essentiellement en lien avec des problèmes de communication relatifs au diagnostic en cours ou au diagnostic requis au statut de l'infection et à la suspicion d'infection.**

On constate que ces problèmes surviennent le plus souvent aux interfaces entre les services ou les secteurs de prise en charge. Rien d'étonnant à cela : bien que la menace du COVID-19 soit très présente à l'esprit de tout le personnel sanitaire et que les procédures liées à cette problématique soient désormais bien établies, les nombreuses adaptations requises par la pandémie ont nécessité de s'écarter fortement de la routine mise en place depuis de longues années. Avec l'autorisation de reprendre les traitements électifs, certaines équipes et certains membres du personnel qui avaient peu expérimenté les procédures liées au COVID-19 et, dès lors, rarement appliqué les stratégies de protection en la matière, sont maintenant davantage confrontés à cette problématique.

Dans des périodes marquées par des changements importants, la probabilité que surviennent des problèmes d'adaptation et de mise en œuvre augmente fortement. Ces risques se manifestent avant tout aux interfaces. La crise met en évidence non seulement de nouveaux points faibles, mais aussi de nombreuses faiblesses préexistantes.

### Recommandations

C'est un fait connu : les risques pour la sécurité des patients liés à des informations incomplètes, erronées, mal comprises ou mal appliquées font partie des problématiques caractéristiques dans le cours routinier des activités (fig. 3). Dans la situation actuelle, il est dès lors primordial que la communication aux interfaces fonctionne bien. **L'efficacité des mesures cliniques et épidémiologiques peut être gravement compromise par une mauvaise transmission d'informations importantes sur le statut infectieux, le processus diagnostique, etc.**



Fig. 3 : Problèmes de communication caractéristiques dans la pratique professionnelle

Pour interrompre la chaîne de contamination, une communication bien établie peut en conséquence être aussi importante que les mesures de prévention à proprement parler. Outre la nécessité d'assurer un bon échange d'informations, d'observer des règles de dialogue et de donner la possibilité d'exprimer des doutes ou de poser des questions, il est recommandé d'adopter des check-lists et des moyens mnémotechniques, en particulier dans des périodes de surcharge.

Il existe des outils attestés dans la pratique qui garantissent une communication sûre dans la prise en charge des patients. Le dialogue structuré en fait notamment partie, car il contribue à la transmission exhaustive des informations pertinentes, même lors d'un échange de courte durée.

Dans le domaine de la santé, le schéma ISBAR a par exemple montré son efficacité et peut être appliqué dans de nombreuses situations cliniques (transferts de patients, consultations téléphoniques, etc.). Le sigle ISBAR désigne les différentes étapes d'un échange structuré :

- **I**dentification/Introduction
- **S**ituation
- **B**ackground
- **A**ssessment
- **R**ecommendation (& response)

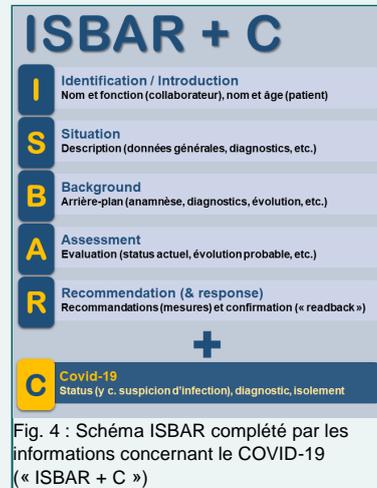
Ce concept, qui repose sur le schéma SBAR éprouvé de longue date, a été complété par le point Identification/Introduction. Ce premier élément de la liste prend en compte le fait que dans le domaine de la santé, aux interfaces en particulier, il est fréquent que des informations soient transmises entre des interlocuteurs qui ne se connaissent pas et ne savent pas quelle tâche ou fonction l'autre personne exerce. Le fait de connaître la fonction d'une personne – élément intégré dans la check-list – est un facteur important dans l'application du schéma de communication, car il permet d'éviter des raccourcis dans l'échange et, donc de négliger la transmission de certaines informations.

Etant donné le risque supplémentaire que représente aujourd'hui le COVID-19, il est judicieux de spécifier dans tous les cas les informations concernant cette infection, notamment son statut, le processus diagnostique et, le cas échéant, les mesures d'isolement (fig. 4). Cela permet d'éviter que ces renseignements soient noyés dans la masse des informations transmises ou, pire, soient oubliés.

Outre l'utilisation d'outils garantissant l'échange structuré d'informations, il est recommandé de respecter les règles de communication suivantes :

- Confiez toutes les tâches et transmettez tous les ordres à des personnes ou à des groupes de personnes précis.
- Convenez de protocoles de communication clairs pour éviter toute ambiguïté et gagner du temps.
- Convenez d'un moyen d'exprimer les doutes relatifs à la sécurité des patients et de les gérer.
- Allez à l'essentiel et clarifiez sans attendre toute incohérence.
- Expliquez pourquoi il faut faire les choses de cette manière-là.
- Prêtez attention aux questions et aux problèmes soulevés, car ils peuvent contenir des informations importantes.

(Voir aussi [Travail sous pression et facteurs humains – Messages clés](#), de la fondation Sécurité des patients Suisse



## References / Liens

- [Situation actuelle \(OFSP\)](#)
- [Nouveau coronavirus : informations pour les professionnels de la santé \(OFSP\)](#)
- [Assouplissement des mesures, état 29.4.2020 \(OFSP\)](#)
- [Nouveau coronavirus: Documents actualisés pour les professionnels de la santé \(OFSP\)](#)
- [Evénements actuels \(Swissnoso\)](#)
- [Mesures de précautions dans les hôpitaux \(Swissnoso\)](#)
- [Mesures de précautions dans les hôpitaux: Supplément pour les enfants et les adolescents \(Swissnoso\)](#)
- [Recommandations d'action concernant le travail sous pression \(Fondation Sécurité des patients Suisse\)](#)

(25.05.2020)

## Référence

Schwierzeck, V. et al (2020): First reported nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in a pediatric dialysis unit *Clinical Infectious Diseases*, ciaa491, <https://doi-org.ezproxy.uzh.ch/10.1093/cid/ciaa491>

## 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 soutenir les établissements de santé et les professionnels actifs dans le domaine sanitaire à élaborer des directives internes. 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.

## Auteurs et experts ayant participé à l'élaboration de ce document

Helmut Paula, EMBA HSM  
Fondation Sécurité des patients Suisse  
Dr. med. Simone Fischer  
Fondation Sécurité des patients Suisse  
Dr. Katrin Gehring  
Fondation Sécurité des patients Suisse  
Carmen Kerker-Specker MScN  
Fondation Sécurité des patients Suisse  
Dr. Yvonne Pfeiffer  
Fondation Sécurité des patients Suisse  
Prof. Dr. David Schwappach  
Fondation Sécurité des patients Suisse

## Fondation Sécurité des patients Suisse

Asylstrasse 77  
CH-8032 Zürich  
T +41 43 244 14 80

Helmut Paula, Leiter CIRRNET  
[paula@patientensicherheit.ch](mailto:paula@patientensicherheit.ch)

Carmen Kerker-Specker, wissenschaftliche Mitarbeiterin  
[kerker@patientensicherheit.ch](mailto:kerker@patientensicherheit.ch)

[www.patientensicherheit.ch/quick-alert](http://www.patientensicherheit.ch/quick-alert)