

Les transmissions écrites et orales :

l'impact sur le soin en cas d'informations erronées

Quand une information fausse, interprétée ou obsolète fragilise la continuité (et l'équipe)

Réflexion professionnelle (objectif, sans jugement)

Date : 09 février 2026

Cadre : situations de terrain vécues ou rapportées en EHPAD et en unités de soins de longue durée.

propriété de Regards Soignants

Note de lecture

Ce document explore un point sensible du travail en institution : la transmission, qu'elle soit écrite ou orale, n'est pas un « moment à côté » du soin. Elle en fait partie : elle organise la continuité, sécurise les gestes, et protège la relation avec la personne accompagnée.

Lorsque l'information transmise est erronée (fait faux), interprétée (sens différent selon la personne) ou obsolète (protocole modifié mais non relayé), l'impact dépasse la simple correction technique. Cela peut entraîner des retards, des soins inadaptés, des rendez-vous manqués, des incohérences visibles par les résidents et les familles et une accumulation d'agacements côté soignants.

L'objectif n'est pas de juger les habitudes ni les personnes, mais de comprendre la mécanique : comment l'erreur circule, comment elle se stabilise dans l'équipe et comment elle finit par coûter du temps, de l'énergie et de la confiance.

La réflexion s'appuie sur trois exemples réalistes : un rendez-vous à la mauvaise date/heure, une information comprise différemment selon les professionnels, et un protocole de soin modifié sans transmission claire. Des pistes concrètes sont proposées, centrées sur la fiabilité et la simplicité (datation, source unique, formulation standardisée, retours courts).

Repère

Une transmission utile n'est pas celle qui « dit tout ». C'est celle qui permet à un autre professionnel, dans un autre contexte et avec une autre lecture, d'agir de façon cohérente, sécurisée et traçable.

1. La transmission : un acte de continuité (pas une formalité)

En EHPAD/USLD comme dans toute structure en réalité, la continuité repose sur la capacité de l'équipe à se « passer le relais » sans dégrader la qualité ni la sécurité. La transmission porte des informations d'observation, d'organisation, de relation et parfois de sécurité.

Elle paraît « évidente » quand l'équipe est stable. Dès qu'il y a rotation (remplacements, renforts, absences), l'implicite devient une zone d'incertitude. Une information manquante ou mal formulée se transforme en allers-retours, vérifications et corrections au mauvais moment : pendant les toilettes, un repas, ou en fin de poste.

1.1. Écrit et oral : deux forces, deux vulnérabilités

Les transmissions orales sont rapides et nuancées (contexte, urgence, priorité). Elles dépendent de la présence, de la disponibilité mentale et de la mémoire : elles se déforment facilement quand plusieurs personnes se relaient.

Les transmissions écrites stabilisent l'information : elles restent et se relisent. Leur fragilité est différente : un écrit peut être mal compris, incomplet, trop dense, ou non mis à jour. Un écrit faux peut être plus risqué qu'une absence d'écrit parce qu'il donne une impression de fiabilité. Pour exemple très rapide concernant un résident : “dors plus”, pour le soignant qui l'a indiqué c'est compréhensible, mais celui qui le reprend. Est-ce

que le résident dors plus dans le sens beaucoup, ou à l'inverse ne dors plus ? A l'écrit l'insistance sur le S n'est pas visible et laisse donc à interprétation.

1.2. Le coût caché de l'incertitude

Quand l'information est incertaine, l'équipe compense : vérifier, corriger, couvrir le risque. Ces ajustements pèsent lourd dans la charge mentale et alimentent l'agacement lorsqu'ils se répètent.

À terme, le soin devient plus fragmenté : moins de calme, plus d'interruptions, plus de temps perdu hors de la relation.

Point clé

Une transmission n'est pas seulement un transfert d'informations. C'est un transfert de responsabilités. Plus l'information est fiable et datée, plus la responsabilité se transmet sans conflit ni doute.

2. Comment l'information devient erronée (sans intention de nuire)

L'erreur de transmission apparaît souvent dans des contextes prévisibles : surcharge, interruptions, consignes multiples, changements rapides, supports dispersés. Trois mécanismes reviennent : l'erreur factuelle, l'interprétation et l'obsolescence. Ils peuvent s'additionner : une information mal comprise peut devenir fausse après un changement.

2.1. Erreur factuelle : la donnée est fausse

Date, heure, lieu, modalité : une recopie rapide, un message transmis « de mémoire » ou une confusion entre résidents suffit. Le problème n'est pas seulement l'erreur, mais sa propagation : si elle est écrite puis reprise, elle devient une « vérité de service ».

2.2. Interprétation : la donnée est la même, le sens change

Des termes utiles (« agité », « refus », « à surveiller ») ouvrent la porte à des lectures différentes. Deux soignants peuvent décider de deux actions distinctes avec la même phrase. L'enjeu devient la précision : qu'est-ce qui a été observé, dans quel contexte, avec quelles conséquences ?

2.3. Obsolescence : la donnée était vraie, elle ne l'est plus

Protocoles, matériel, prescriptions, décisions de sécurité : si la mise à jour n'est pas claire, l'équipe continue avec ce qui « a toujours été fait ». Le piège : le soignant applique une règle connue et pense agir correctement, jusqu'au moment où un collègue corrige ou qu'un événement révèle l'écart.

Important

La plupart du temps, l'erreur de transmission n'est pas un problème d'intention. C'est un problème de système : trop d'informations, pas de source unique, pas de datation, ou pas de rituel clair de mise à jour.

3. Exemple 1 : rendez-vous noté au mauvais jour ou à la mauvaise heure

Situation : un résident a un rendez-vous extérieur (consultation, examen, podologue...). Une information circule : « mardi 14h ». Elle est notée sur un support. En réalité, le rendez-vous est « mercredi 13h30 ». Le jour J, l'équipe prépare trop tôt, ou trop tard. Le transport arrive alors que la personne n'est pas prête, ou la personne attend longtemps, installée « pour être sûr ».

3.1. Ce que cette situation révèle

Multiplication des supports, recopie sans retour à la source, absence de datation/signature, transmission en cascade. La question n'est pas « qui s'est trompé », mais : comment vérifier vite une information critique sans perdre 15 minutes au mauvais moment ?

3.2. Conséquences possibles

Pour le résident :

- stress et perte de repères (attente prolongée, impression qu'on « ne sait pas ») ;
- fatigue inutile (préparation trop anticipée, installation inconfortable) ;
- risque de non-respect des consignes (jeûne, prise de médicaments) si le timing est décalé ;
- perte de confiance : « on me dit un truc, puis l'inverse ».

Pour l'équipe :

- désorganisation (priorités déplacées, repas/toilettes retardés) ;
- appels multiples (transport, famille, secrétariat) ;
- tensions : « c'était écrit », « je l'avais dit » ;
- agacement : la correction prend plus de temps que le soin prévu.

3.3. Pistes concrètes, simples et tenables

Quelques règles légères sécurisent ce type d'information :

- Source unique pour les rendez-vous (agenda officiel du service) ;
- Recopie depuis la source, pas « de mémoire » ;
- Mention minimale : date + heure + lieu + modalité + initiales ;
- Relecture rapide au changement d'équipe (rendez-vous des 24-48h) ;
- En cas de doute : retour à la source plutôt que débat long.

Repère de terrain

Un rendez-vous mal noté coûte de la disponibilité émotionnelle : gérer l'attente, l'inquiétude, parfois la colère. La fiabilité de l'information protège aussi la relation.

4. Exemple 2 : même phrase, compréhensions différentes (filtre de lecture)

Situation : une note apparaît : « Monsieur X est agité ce matin, à surveiller » ou « Madame Y a refusé la toilette, ne pas insister ». L'information n'est pas fausse, mais elle est trop générale. Selon le lecteur, « agité » peut signifier : marche beaucoup, risque de chute, angoisse, douleur, ou opposition. « Ne pas insister » peut être compris comme « ne pas proposer » ou « proposer sans forcer ». Résultat : pratiques divergentes, résident dérouté, équipe agacée : « on n'a pas la même façon de faire ».

4.1. Ce que cette situation raconte

La différence entre une étiquette et une observation. Le filtre de compréhension est normal. Le risque apparaît quand l'équipe n'a pas de langage commun minimal et que les mots-clés ne sont pas reliés à des faits observables. Cette observation existe davantage avec l'appréciation personnelle de la quantification des selles un 1 n'est pas le même 1 pour tous.

4.2. Effets possibles sur le soin et sur l'équipe

Sur le soin :

- variation de pratiques sans cohérence repérable ;
- sur-réaction ou sous-réaction ;
- relation fragilisée : messages contradictoires.

Sur l'équipe :

- corrections vécues comme des critiques ;
- baisse de confiance : si les mots ne veulent pas dire la même chose, on doute du reste ;
- repli : certains écrivent moins par crainte d'être mal compris.

4.3. Pistes : passer du « jugement » au « descriptif »

Structure courte : faits observés, contexte, conséquence, action tentée, attente.

Exemple : « 9h : refuse la toilette au lavabo, repousse la bassine, dit avoir mal à l'épaule. Calme après 5 minutes de dialogue. Toilette partielle acceptée. À proposer à nouveau en fin de matinée. Si douleur persistante, informer IDE. »

Point clé

Plus une transmission est descriptive, moins elle dépend des personnalités. Elle devient un repère commun plutôt qu'une opinion.

5. Exemple 3 : protocole de soin modifié, mais non relayé (l'équipe reste sur « avant »)

Situation : après réévaluation (IDE, médecin, kiné...), un protocole évolue : modalités de transfert, prévention cutanée, aide alimentaire, rythme de changes, surveillance. Le changement est décidé, parfois expliqué à certains, mais il n'est pas rendu visible. Le lendemain, un soignant applique la pratique antérieure, parce que rien ne signale le contraire.

Exemple : un résident était transféré avec une aide simple. Après plusieurs pertes d'équilibre, la consigne devient : deux professionnels + matériel adapté, et vigilance renforcée au lever. Si la consigne n'est pas écrite au bon endroit, la pratique « d'avant » continue jusqu'au quasi-incident.

5.1. Pourquoi ces changements se perdent-ils ?

Annnonce orale sans support unique, support peu consulté, formulation vague, absence de rituel de mise à jour. Ces pertes traduisent un environnement où l'information évolue vite et où les habitudes sont difficiles à reconfigurer.

5.2. Risques associés

Pour le résident :

- soin moins adapté ;
- risque de sécurité (chute, mauvais transfert) ;
- incohérence ressentie.

Pour l'équipe :

- corrections : « on ne fait plus ça » ;
- sentiment d'exposition du soignant corrigé ;
- agacement et doute sur la fiabilité des transmissions.

5.3. Pistes : « une modification = une trace + un repère visible »

Principe : toute modification doit laisser une trace courte (datée) et un repère visible là où l'action se fait.

- Support unique et daté (éviter trois versions) ;
- Modalités concrètes ;
- Repère temporaire « changement récent » pendant 7 jours ;
- Micro-brief de prise de poste (2 minutes) ;
- Droit au doute : demander sans reproche.

Repère

Un protocole qui change sans trace claire se fragmente. L'équipe applique ce qu'elle sait. La traçabilité protège la cohérence, pas la culpabilité.

6. Effets transversaux : qualité du soin, confiance inter-équipe, agacement

Quand l'information n'est pas fiable, le soin se fait malgré l'information, au lieu de se faire avec elle. Les effets sont répétitifs, et c'est cette répétition qui use.

6.1. Impact sur la continuité et la relation

La cohérence d'équipe est un repère. Des messages contradictoires peuvent augmenter l'insécurité, les oppositions ou le repli. Les familles repèrent vite les incohérences et peuvent perdre confiance si cela se répète.

6.2. Impact sur le temps de soin : l'effet rattrapage

Re-vérifier, re-organiser, re-faire, re-expliquer : l'action corrective coûte cher et arrive au moment le plus chargé.

6.3. Impact sur la confiance inter-équipe

À force d'informations fausses/ambiguës, l'équipe se protège : elle ne croit plus l'écrit, vérifie tout, transmet en bloc ou corrige sèchement. Le collectif se fragilise, alors que la racine est souvent la fiabilité du système.

6.4. L'agacement : un signal, pas une faute

L'agacement mélange fatigue et injustice ressentie, avec le stress de la responsabilité. Le lire comme un indicateur aide : un système qui génère régulièrement de l'agacement consomme de l'énergie au lieu d'en libérer.

Point clé

Quand l'équipe n'a plus confiance dans la transmission, elle se replie sur la mémoire et l'oral. C'est humain, mais cela fragilise la traçabilité.

7. Sécuriser les transmissions sans alourdir : des petites règles qui tiennent

Les dispositifs efficaces sont simples, visibles et maintenus. L'enjeu : moins d'ambiguïté, plus de datation et une source claire.

7.1. 1 information critique = 1 source

Un marqueur de source évite le « on m'a dit que... » et permet de vérifier vite.

7.2. Datation et version unique

Une seule version officielle + une date de mise à jour visible : sinon, la confiance s'effondre.

7.3. Standardiser la forme

Rendez-vous, alimentation, mobilité, vigilance : une forme courte commune stabilise l'accès à l'information.

7.4. Corriger sans abîmer

Corriger le fait, revenir à la source, mettre à jour le support. Empêcher la répétition, pas blesser un collègue.

Mini-grille de décision (avant de transmettre / recopier)

- 1) Fait ou interprétation ?
- 2) Source ?
- 3) Daté/signé ?
- 4) Visible où, pour qui ?
- 5) Compréhensible par un nouveau ?

8. Mettre en place des améliorations réalistes

Les équipes adhèrent quand un changement est utile, rapide et compatible avec la réalité du poste. Commencer petit est souvent plus efficace.

8.1. Partir d'un irritant concret

Nommer un irritant récurrent permet de déplacer le débat de « qui a tort ? » vers « qu'est-ce qu'on veut éviter ? ».

8.2. Tester court, ajuster, maintenir

Un test de 2-3 semaines avec un outil minimal suffit souvent. Le risque principal est le manque de maintien.

8.3. Structure SBAR simplifiée

Situation - Contexte - Observation - Attente : utile pour les informations à enjeu (changement clinique, consigne importante).

8.4. Protéger l'écrit : précision, sobriété, confidentialité

Décrire des faits, éviter les jugements, rester centré sur le soin, respecter la confidentialité : un écrit sobre réduit les conflits de lecture.

Repère

Un bon écrit est souvent court, mais précis : il rend l'action cohérente et vérifiable si besoin.

9. Synthèse opérationnelle : ce qui rend une transmission robuste

Dans le quotidien, la qualité d'une transmission se joue sur quelques critères simples. Les formaliser permet de gagner du temps et de limiter l'usure relationnelle.

- Clarté : phrases courtes, une idée par ligne, priorité visible.
- Vérifiabilité : source indiquée pour les informations critiques (rendez-vous, sécurité, protocole).
- Datation : date (et, si utile, heure) + initiales pour savoir si c'est encore d'actualité.
- Actionnable : ce que l'autre doit faire, surveiller, ou réévaluer (pas seulement « à savoir »).
- Cohérence : un support unique, tenu dans le temps, plutôt que des notes dispersées.

Questions utiles en équipe (en réunion courte ou en transmission) :

- Quelles sont les 5 informations qui, si elles sont fausses, nous font perdre le plus de temps ?
- Quelles infos méritent un support unique (au lieu de circuler à l'oral) ?
- Qu'est-ce qu'on accepte de laisser oral... sans créer de risque ni de conflit ?
- Quand une erreur arrive, est-ce qu'on met à jour le support, ou est-ce qu'on corrige seulement « sur le moment » ?
- Comment on corrige entre nous sans casser la confiance (et sans laisser l'erreur se répéter) ?

Repère

La transmission parfaite n'existe pas. En revanche, une transmission qui se corrige vite et qui s'améliore dans le temps est réaliste.

Conclusion

Les transmissions sont parfois vécues comme un temps « en plus » du soin. Pourtant, elles déterminent la qualité de ce qui suit : un soin cohérent, une relation stable, une sécurité maintenue, ou au contraire un rattrapage permanent.

Quand une information est erronée, interprétée ou obsolète, l'impact touche aussi le sens du travail : la sensation de faire bien, de travailler en équipe, et d'être digne de confiance. L'agacement devient alors un symptôme : celui d'une énergie gaspillée dans des corrections évitables.

Plutôt que d'opposer écrit et oral, cette réflexion invite à identifier les informations qui doivent survivre aux changements d'équipe (datées, visibles, avec une source) et celles qui peuvent rester orales sans fragiliser la continuité.

À partir de vos pratiques actuelles, quelles petites règles (réalistes, visibles, datées) pourraient réduire dès demain les erreurs de transmission les plus fréquentes dans votre service ?