

ANALYSE DES BARRIERES INSTITUTIONNELLES A LA MISE EN ŒUVRE DE LA TRANSMISSION CLINIQUE DANS LES MATERNITES DE REFERENCE A OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

M. COMPAORE, F.W. NANA, A.SO, Y. ZINA, S. KOURAOGO, D. YERBANGA, B. THIEBA, M. K. DRABO

RESUME

Introduction : la transmission clinique est une communication fonctionnelle entre les soignants dont la mise en œuvre permet de réduire la survenue des événements indésirables associés aux soins. Cependant, elle est insuffisamment pratiquée par les soignants dans les services de maternités. L'objectif de cette étude était de décrire les barrières institutionnelles liées à la mise en œuvre de la transmission clinique dans des maternités de référence.

Méthodologie : il s'est agi d'une étude quantitative descriptive transversale réalisée du 07 août 2023 au 22 novembre 2023 auprès de 169 soignants. Un échantillonnage exhaustif avec un mode de recrutement accidentel a été utilisé. Les données ont été collectées à l'aide d'une échelle d'appréciation de likert pour l'observation de l'environnement de travail, un questionnaire et une revue documentaire pour le recueil des données sur l'organisation et le management.

Résultats : le taux de participation était de 53,48%. L'environnement de travail est peu conforme à la mise en œuvre de la transmission clinique. La charge de travail a été jugée enlevée pour 90,53% des enquêtés avec une insuffisance de ressource humaine opérationnelle à la gestion des urgences obstétricales. En dépit de la disponibilité des supports de soins on note une insuffisance de la qualité des informations enregistrées. Aucun protocole ou standards sur le processus de transmission clinique n'est disponible.

Conclusion : les résultats de cette étude ont relevé un faible niveau global de conformité liée à l'environnement, à l'organisation et au management. Des efforts d'amélioration du processus de transmission clinique à travers la mise en d'un cadre institutionnel favorable s'avère indispensable.

Mots-clés : Transmission clinique ; Barrières ; Maternité ; Burkina Faso.

SUMMARY

Analysis of institutional barriers to the implementation of clinical handover in reference maternity hospitals in Ouagadougou (Burkina Faso).

Introduction : clinical handover is a functional communication between caregivers whose implementation allows reducing the occurrence of adverse events associated with care. However, it is insufficiently practiced by caregivers in maternity wards. The objective of this study was to describe the institutional barriers related to the implementation of clinical handover in three reference maternity hospitals.

Methodology : it was a cross-sectional descriptive quantitative study conducted from August 07, 2023 to November 22, 2023 with 169 caregivers. Exhaustive sampling with accidental recruitment mode was used. The data were collected using a likert appreciation scale for observing the work environment, a questionnaire, and a document review to collect data on organization and management.

Results: the participation rate was 53.48%. The work environment is poorly compliant with the implementation of clinical handover. The workload was deemed removed for 90.53% of those surveyed with insufficient operational human resources for obstetric emergency management. Despite the availability of care supports, there is an insufficient quality of recorded information. No protocol or standards on the clinical handover process are available.

Conclusion: the results of this study revealed a low overall level of compliance related to the environment, organization and management. Efforts to improve the clinical handover process through the establishment of a favorable institutional framework are essential.

Keywords: Clinical handover ; Barriers ; Maternity ; Burkina Faso.

INTRODUCTION

La transmission clinique (TC) est le terme couramment utilisé pour décrire les communications d'informations pertinentes sur les patients entre les soignants pour assurer la continuité des soins [1]. Elle se définit comme le transfert temporaire ou permanent de la responsabilité professionnelle et de l'imputabilité pour certains ou tous les aspects des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou à un groupe professionnel [2].

Aux Etats-Unis, les résultats d'une revue systématique ont montré que les communications inefficaces ont un impact négatif sur la qualité des soins [3,4].

Les soins intrapartum, dispensés par des équipes pluridisciplinaires composées d'obstétriciens, de sages-femmes, d'anesthésistes, d'auxiliaires de santé et d'autres membres du personnel, sont très exposés aux incidents liés à la sécurité des patients [5]. Une communication efficace entre les équipes est alors primordiale pour garantir des soins continus et sécurisés.

Tirés à part : Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso
Email : mariettoe12@gmail.com

COMPAORE M., NANA F.W., SO A., ZINA Y., KOURAOGO S., D.THIEBA B., DRABO M. K. Analyse des barrières institutionnelles YERBANGA, à la mise en œuvre de la transmission clinique dans les maternités de référence à Ouagadougou (Burkina Faso), vol.27, n°2, P 71-77.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la plupart des événements indésirables (EI) peut être évitée en appliquant des stratégies efficaces de prévention et d'atténuation [6].

Au Burkina Faso, des actions d'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients ont été mise en œuvre. Ainsi, une stratégie nationale de la qualité des soins et services intégrés centrés sur la personne et la sécurité des patients au Burkina Faso et un guide national de gestion des événements indésirables associés aux soins santé ont été élaborés [7,8]. Toutefois, ces documents ne prennent pas en compte des protocoles standardisés de communication entre les soignants. Cette étude ambitionne décrire les facteurs environnementaux, organisationnels et managériaux liés à la transmission clinique dans les trois maternités de niveau III de Ouagadougou.

I. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale à visée descriptive. Elle a été réalisée du 07 août au 22 novembre 2023 au près des soignants dans les trois maternités de référence.

2. Population d'étude

Cette étude a concerné l'ensemble des soignants travaillant dans les maternités de trois hôpitaux de référence de Ouagadougou. Il s'agit des sages-femmes, des médecins titulaires et en spécialisation et des infirmiers. L'échantillon était composé de 317 soignants au moment de l'étude. Ces sites ont été sélectionnés de façon raisonnée compte tenu de leur niveau dans la pyramide sanitaire et d'offre de soins qui a permis d'avoir des informations sur l'ensemble des variables liées aux données institutionnelles. La collecte des données a été réalisée en fonction de la disponibilité des enquêtés.

3. Dimensions et variables

Les variables ont été réparties selon trois dimensions. Variables de l'environnement : l'environnement de travail a concerné l'appréciation des infrastructures, des équipements et la gestion des supports nécessaires à la réalisation d'une transmission clinique adéquate.

Variables de l'organisation : en rapport avec cette dimension il s'agit de la répartition du temps de travail, de la disponibilité des outils d'organisation, de la communication et de la responsabilité professionnelle. Variables du management : cette dimension a concerné l'existence d'un plan de travail annuel, l'implication des soignants, la disponibilité des ressources humaines, la disponibilité des supports de soins, les cadres

de concertation, la culture de la documentation, la formation.

4. Collecte des données

Les données ont été collectées par entretien semi structuré à partir de questions adressées aux soignants. L'observation de l'environnement de travail a été réalisée à l'aide d'une échelle de likert, ainsi qu'une analyse documentaire des différents outils d'organisation des services et les supports de soins.

5. Traitement des données

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide de Epi info version 7.1.6. Pour les données issues du questionnaire, afin de permettre les calculs de proportions, les scores de « 0 » ou « 1 » correspondant respectivement aux réponses « Non » ou « Oui » ont été utilisés pour les variables dichotomiques. Pour les questions ouvertes, les réponses ont été regroupées. Les totaux des scores des indicateurs ont permis de calculer des proportions et des moyennes.

Pour l'observation et la revue documentaire, le niveau de conformité de chaque indicateur a permis de classer en fonction des intervalles préalablement définis. Ces niveaux ont été jugés « *Très conforme* » pour des pourcentages de [75% ---100], « *conforme* » [50% ---75%], et « *peu conforme* » de [25% ---50], « *pas conforme* » de [0% -25], « *non observé* » [0%]. Dix critères de d'évaluation de la qualité des supports ont été appliqués.

6. Aspects éthiques

Le projet d'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique sous le numéro N°2023-03-065. Une autorisation d'enquête a été également soumise aux directions générales des hôpitaux concernés. La participation a été volontaire avec la signature d'une fiche de consentement libre, éclairée. L'anonymat a été garanti et les contraintes de disponibilité ont été prise en compte pour assurer la continuité des services.

II. RESULTATS

1. Caractéristiques des personnes enquêtées

Le taux de participation était de 53,48% à l'étude avec 40,82% pour les unités des urgences obstétricales et de la salle d'accouchement. Le personnel sage-femme représentait 73,37% des participants. L'âge moyen était de 40,80 ans avec des extrêmes de 36 et 55 ans. L'ancienneté professionnelle moyenne était de 9,21 ans avec des extrêmes de 8 et 26.

Le tableau I présente les détails sur les caractéristiques socio-démographiques.

Tableau I : Répartition des soignants enquêtés selon les catégories socio-démographiques

Variables	Nombre de participant (n)	Pourcentage (%) de participant
Age		
30 - 39 ans	69	40,82
40- 49 ans	88	52,07
50 ans et plus	12	07,10
Ancienneté professionnelle	00	
3-5 ans	44	26,3
5 - 9 ans	125	73,96
ans et plus	00	
Sexe n (%)		
Femmes	151	54,3
Hommes	127	45,7
Catégorie professionnelle n (%)		
Infirmier(ère)s	19	11,24
Infirmier(ère)s spécialiste	8	4,73
Médecin en spécialisation	3	1,77
Médecin généraliste	1	0,59
Médecin gynécologue	1	0,59
SFE/ME	124	73,37
SFE/ME spécialiste	13	7,69
Unité/Service		
Urgence /salle d'accouchement	14	08,28
Grossesse pathologique	55	32,54
Post opéré	69	40,82
Suite de couche	31	18,34

2. Environnement physique de travail

Au total 17 unités ont été observées. A savoir : les salles de tri, les salles de travail, les suites de couches immédiats et tardifs, les post opérés, les salles de soins, les salles de grossesses pathologiques, les salles de mises en observation.

Tableau II : Appréciation de l'environnement de travail

Indicateurs	Nombre d'observation	Conformités	Score moyen	Pourcentage moyen %
Infrastructures Equipement				
Niveau d'encombrement des salles de soins	17	6	35,29	27,26
Aération des salles d'hospitalisation	17	8	47,05	
Éclairage des salles d'hospitalisation	17	12	70,58	
Propreté des locaux	17	7	41,17	
confidentialité visuelle et auditive des Salles	17	5	0	
Interruption et bruit	17	0	0	
Existence de salle de transmission	17	0	0	
Literie	17	5	29,41	
Equipement de bureau	17	6	35,29	
Existence de par avant	17	7	41,17	
Affichage des outils d'organisation	17	0	0	
Gestion des supports de soins				
Tenue des supports	17	6	35,29	37,64
Rangement	17	6	35,29	
Classement	17	5	29,41	
Archivage	17	6	35,29	
Sécurisation	17	9	52,94	
Score moyen global				32,45

En ce qui concerne l'environnement physique de travail, les résultats de l'échelle d'appréciation ont montré un niveau de conformité moyen de 32,45 %. Aucune maternité ne dispose d'une salle de transmission clinique. Les infrastructures et les équipements étaient insuffisants et vétustes. Les passations de services sont effectuées dans la salle de soins d'une manière générale et quelque fois au lit des patients pour les cas particuliers selon respectivement 60,35% et 18,34 % des répondants. La culture de la documentation est insuffisante (34,57%). Il n'existe pas de système formel de gestion des supports de soins.

3. Organisation des services

En ce qui concerne l'organisation du travail, plus de trois quart (89,6 %) des répondants n'étaient pas informés de l'existence d'un plan d'action des hôpitaux et (92,6%) de la prise en compte des activités d'amélioration de la qualité des soins en maternité. Les outils d'organisation des services tels que la description des postes et la répartition des tâches étaient disponibles et connus de 82,75 % des répondants. Toutefois, ces outils n'étaient pas affichés. Il en est de même pour le planning d'activités et de congé qui étaient disponibles selon respectivement 86,20% et 96,55%. Aussi, la responsabilité professionnelle des patients est peu définie selon 39,05 % des enquêtés.

Le temps de travail est organisé en deux périodes dans les trois maternités. La permanence de 7h 30 à 17h et la garde de 17 H à 7H30. Ces temps de travail ont été jugés très fatigants par 33,13% des enquêtés. Et la charge de travail a été jugée élevée par 90,53% des répondants.

4. Management

Pour le management et le leadership, Il existe un plan de travail annuel pour les trois hôpitaux. Toutefois, aucune maternité ne dispose de plan annuel.

On note une insuffisance dans l'implication des prestataires dans le processus d'élaboration des plans d'actions.

Pour la disponibilité des ressources humaines, le nombre de prestataire étaient de 161 pour le CHU Yalgado Ouedragao, 105 pour le CHU de Bogodogo et 51 pour le CHU Tengandogo. Le nombre total de soignants des trois services de maternités a été estimé à 317 pour les trois hôpitaux avec 60,25 % du personnel sages femmes et maïeuticiens. Ce personnel est jugé insuffisant par 48,52 % des enquêtes et la charge de travail est élevée par 72,18% des soignants.

Comme cadres de concertation, les staffs cliniques hebdomadaires et les réunions de services ont été relevés par l'ensemble des enquêtés. Cependant, les réunions de service ont été jugées irrégulières par l'ensemble des enquêtés.

Les trois hôpitaux disposent des directions chargées de la qualité et sont engagés dans la démarche qualité. Des comités ou cellules qualité et sécurité des patients sont mise en place rencontres de tenue de manière périodique selon 3,55%.

Cependant, il n'y a pas de système formel et fonctionnel de notification et de de gestion des évènements indésirables associés aux soins dans les hôpitaux.

Les résultats révèlent une insuffisance de compétence des prestataires sur la culture de la documentation. En effet, aucun enquêté n'a bénéficié d'une formation sur le dossier patient au cours de ces trois dernières années.

En ce qui concerne les enregistrements, on note une disponibilité des supports de prise en charge dans les trois hôpitaux. Les supports utilisés étaient les dossiers patients, registre de garde/permanence, cahier de consignes, fiches de transfert, fiches de traitement. Aucun support de dédié à la transmission clinique n'était disponible. Également, l'ensemble des enquêtés ont déclaré que les informations contenues dans les supports de soins sont souvent insuffisantes. Les raisons évoquées étaient : les informations incomplètes (100%), illisibles (21,30%) et difficile à exploiter (33,13%).

III DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de présenter les barrières liées à l'environnement, à l'organisation et au management dans l'application de la mise en œuvre d'une transmission clinique dans trois maternités de référence. Les principales barrières à la transmission optimale des informations d'un soignant à un autre ou d'une équipe à une autres sont imputable à l'établissement de santé. Il s'agit principalement de l'organisation, l'environnement et le management. Cette étude a montré que les transmissions cliniques dans les trois maternités se réalisent dans des cadres institutionnels peu favorables.

1. Environnement de travail

L'environnement est constitué des infrastructures, des équipements et de la gestion des archives. Cet environnement de travail était peu favorable à une transmission clinique entre les équipes de soins. En effet, aucune maternité ne dispose d'une salle de transmission clinique.

Les passations de services sont effectuées dans la salle de soins d'une manière générale et quelque fois au lit des patients pour les cas particuliers. On note une faible proportion 18, 34% de transmission clinique réalisée au lit du patient. Des résultats similaires ont été retrouvés dans un hôpital publique en Australie ou 54 % des transmissions ont lieu dans la salle de transmission clinique et 29% au lit des patients [9]. Ces périodes de passations peuvent être influencées par des interruptions fréquentes. Les transmissions réalisées dans un lieu approprié permettent d'assurer la confidentialité des informations et de réduire les interruptions. L'environnement de travail a été également pris en compte par les résultats d'autres études qui recommandent un environnement physique approprié pour la transmission des informations sur la prise en charge des patients [10–12]. Ces résultats sont inférieurs à ceux de Street et al ou le taux de transmission au lit du patient était de 21 % pour la première transmission et de 42% pour la deuxième. [9]. Cette différence de résultats peut s'expliquer par le mode de transmission en deux temps et la méthode de collecte par observation des pratiques des enquêtés avant l'implémentation du modèle SBAR au lit du patient. Toutefois, des meilleurs résultats ont été retrouvés avec 88% des transmissions réalisées au lit des patients dans trois maternités gambiennes [13].

Les salles de travail, de mise en observation et d'hospitalisation étaient encombrées avec une literie insuffisante et des patientes installées dans les couloirs.

Ce cadre n'est pas approprié pour une transmission au lit des patients ou la confidentialité des informations doit être garantie. Ceci a été également évoqué dans une étude ethnographique multi site où l'architecture des unités avait une influence sur les modes de communication, ce qui a des implications pour la sécurité des patients [14]. La documentation est une composante essentielle de la transmission clinique. En effet, des procédures doivent être élaborées pour assurer une gestion efficace des supports de soins respectant les exigences permettant de stocker et protéger de toute perte de confidentialité, d'utilisation inappropriée ou de perte d'intégrité y compris la préservation de la lisibilité [15].

2. Organisation des services

Le temps de travail était organisé en deux périodes de relève matin et soir dans les trois maternités. Ces temps de travail ont été jugés très fatigants et augmentant ainsi la charge de travail selon 33,13% des répondants. Ce temps était organisé en trois temps de relève dans d'autres études [11,16,17] matin, l'après-midi et la nuit. La charge de travail élevée pourrait s'expliquer par le fait que ces maternités sont des centres de référence qui reçoivent des patientes en provenance des structures périphériques publiques, privées et des autres régions sanitaires du pays. Ces résultats sont en adéquation avec ceux trouvés au Danemark et en Gambie où la charge de travail a été soulignée comme un défi à la transmission clinique [18,19]. Des résultats contraires ont été retrouvés en Angleterre où l'hypothèse de l'influence de la charge de travail sur la transmission clinique n'a pas été confirmée [14].

Les outils d'organisation des services étaient disponibles et connus d'une grande majorité des répondants. Cependant la responsabilité professionnelle est souvent mal définie entre les soignants. L'application des dispositifs permettra d'assurer des transmissions cliniques qui engagent la responsabilité professionnelle de toutes les parties prenantes lors des périodes de relève de poste. Ce partage de responsabilité a été également évoqué dans l'étude de Siemsen et al où les participants ont déclaré des difficultés liées à la responsabilisation des soignants [19]. Cette situation constitue une insuffisance dans la transmission d'information entre les soignants et entravant la continuité des soins et les risques d'erreurs.

3. Management et leadership

Pour le management et le leadership, il existe un plan de travail annuel pour les trois hôpitaux. Toutefois, aucune maternité ne dispose de plan annuel. Toutefois, on note une insuffisance dans l'implication

des prestataires dans le processus d'élaboration des plans d'actions. Le plan de travail annuel est un outil de management et de planification des activités et des ressources de l'hôpital. Son élaboration, sa mise en œuvre et l'évaluation nécessite l'implication des prestataires tels que recommandé dans les principes du système du management de la qualité dans lequel sont engagés hôpitaux [20]. Pour la disponibilité des ressources humaines, le nombre de soignants est jugé insuffisant compte tenu de la charge de travail avec plus de la moitié des prestataires âgés de plus de 40 ans. Les résultats de l'étude ont montré la disponibilité de supports de soins. Cependant, le contenu des informations enregistrées a été jugé parfois insuffisant par un grand nombre des enquêtés. Cet état de fait pourrait s'expliquer par une insuffisance de formation des prestataires sur le dossier patient. Il faut retenir que la bonne qualité des enregistrements permet d'assurer une transmission d'informations essentielles qui constitue la base d'une transmission orale. Les recommandations de la référentielle qualité exigent la traçabilité des soins. Pour ce faire l'établissement de santé doit prendre des dispositions pour s'assurer de la disponibilité des supports de soins, leur remplissage adéquat, leur revue et validation [15].

Des résultats similaires ont été retrouvés en Gambie où les répondants ont évoqué les lacunes de la culture de la documentation en signalant des « notes incomplètes », associées à une « écriture illisible » [18]. L'utilisation d'une documentation bien entretenue a été proposée comme un moyen de garantir une transmission d'informations essentielles et un gain de temps [11]. En plus la documentation sert de support à la transmission orale.

4. Limites

Cette étude a un certain nombre de limites. Tout d'abord, le devis descriptif transversal qui ne permet pas d'établir un lien de causalité en raison de la mesure simultanée des variables. Ensuite, les données ont été collectées au sein des maternités qui n'aurait peut-être pas permis aux participants de répondre librement aux questions. Le biais de l'observation a été minimisé par la formation des enquêteurs et leur participation au pré-test des outils de collecte. Enfin, cette étude avait pour but de réaliser un état des lieux sur la transmission clinique dans une perspective d'une standardisation des pratiques des soignants. Une étude d'implémentation d'une stratégie de standardisation pourrait être envisagée.

CONCLUSION

Cette étude porte sur l'analyse des barrières environnementales, organisationnelles et managériales

liées à la transmission clinique dans trois maternités de référence. Les résultats ont révélé des insuffisances en rapport avec le cadre et l'organisation du travail, les ressources humaines, les compétences des prestataires en matière de la transmission clinique, la culture de la qualité et la responsabilité professionnelle des soignants. Toute chose qui pourrait constituer une barrière à la l'application de la transmission clinique par les soignants. La mise en œuvre d'une transmission clinique optimale nécessite l'amélioration de ces dimensions institutionnelles qui constituent les causes latentes de survenue des événements indésirables associées aux soins en maternité.

Remerciements : *Nous tenons à remercier ceux qui ont bien voulu nous accorder un temps de participation à cette étude. Nos remerciements à tous les soignants des maternités de référence, aux trois enquêteurs, et aux directeurs des trois centres hospitaliers universitaires.*

Conflit d'intérêt : *Aucun conflit d'intérêt n'est lié à cette étude.*

RÉFÉRENCES

1. **Desmedt M, Ulenaers D, Grosemans J, Hellings J, Bergs J.** Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2021 [cité 27 févr 2025];33:170. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa170>.
2. **National Clinical Effectiveness Committee.** Communication (Clinical Handover) in Maternity Services. 2014;306.
3. **Dharmadasa A, Bailes I, Gough K, Ebrahimi N, Robinson PN, Lucas DN.** An audit of the efficacy of a structured handover tool in obstetric anaesthesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia* [Internet]. 2014 [cité 27 févr 2025];23:151-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2013.12.002>.
4. **Martin HA, Ciurzynski SM.** Situation, Background, Assessment, and Recommendation—Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* [Internet]. 2015 [cité 23 sept 2025];41:484-8. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.017>
5. **Edozien LC.** Structured Multidisciplinary Intershift Handover (SMITH): A tool for promoting safer intrapartum care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2011 [cité 27 févr 2025];31:683-6. <https://doi.org/10.3109/01443615.2011.595518>.
6. **Organisation Mondiale de la Santé.** Action mondiale pour la sécurité des patients. 2019.
7. **Ministère de la Santé.** Stratégie-nationale-qualite. 2019.
8. **Ministère de la Santé.** Guide de Gestion des evenements indesirables associés aux soins au Burkina Faso. 2021.
9. **Street M, Eustace P, Livingston PM, Craike MJ, Kent B, Patterson D.** Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *Int J of Nursing Practice* [Internet]. 2011 [cité 27 févr 2025];17:133-40. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x>
10. **Eggs S, Slade D.** Clinical handover as an interactive event: Informational and interactional communication strategies in effective shift-change handovers. *Communication & Medicine* [Internet]. 2013 [cité 27 févr 2025];9:215-27. <https://doi.org/10.1558/cam.v9i3.215>
11. **Fealy G, Munroe D, Riordan F, Croke E, Conroy C, McNamara M, et al.** Clinical handover practices in maternity services in Ireland: A qualitative descriptive study. *Midwifery* [Internet]. 2016 [cité 27 févr 2025];39:20-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.011>
12. **The American College of Obstetricians and Gynecologists.** Communication Strategies for Patient Handoffs. 2012.
13. **Rickard F, Lu F, Gustafsson L, MacArthur C, Cummins C, Coker I, et al.** Clinical handover communication at maternity shift changes and women's safety in Banjul, the Gambia: a mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [cité 11 sept 2025];22:784. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05052-9>.
14. **Berridge E-J, Mackintosh NJ, Freeth DS.** Supporting patient safety: Examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation. *Midwifery* [Internet]. 2010 [cité 27 févr 2025];26:512-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.009>.
15. **Ministère de la Santé.** Référentiel qualité-des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso. Burkina Faso; 2020.
16. **Aris Payung, Blacius Dedi, Rita Dewi Sunarno.** Comparative study of SBAR- based handover evaluation from primary and associate nurses at the regional public hospital Iakipadada Tana Toraja. *World J Adv Res Rev* [Internet]. 2022 [cité 11 sept 2025];16:209-17. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2022.16.1.0993>.

17. **Kerr D, Lu S, McKinlay L, Fuller C.** Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual. *Int J of Nursing Practice* [Internet]. 2011 [cité 27 févr 2025];17:342-50. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01947.x>
18. **Rickard F, Lu F, Gustafsson L, MacArthur C, Cummins C, Coker I,** et al. Clinical handover communication at maternity shift changes and women's safety in Banjul, the Gambia: a mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [cité 19 janv 2026];22:784. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05052-9>
19. **Siemsen IMD, Madsen MD, Pedersen LF, Michaelsen L, Pedersen AV, Andersen HB,** et al. Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scand J Public Health* [Internet]. 2012 [cité 27 févr 2025];40:439-48. <https://doi.org/10.1177/1403494812453889>
20. **Iso 9000-2015(F).** Systeme de management de la qualité Principes_essentiels_et_vocabulaires. 2015.