

# Faire usage des incidents pour améliorer la sécurité

La reconnaissance des incidents, associés ou non à une erreur est de plus en plus prise en compte en milieu hospitalier, et même considérée comme un outil de travail intéressant pour permettre d'améliorer la qualité des soins. C'est notamment le cas aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), comme l'explique le P<sup>r</sup> Pierre Chopard, médecin-chef du service qualité des soins.

*«Sage-femme.ch» Quels sont les indicateurs de qualité mesurés aux HUG?*

**P<sup>r</sup> Pierre Chopard:** Il y en a de nombreux. Je peux citer comme exemple la satisfaction des patients, les réadmissions et les réopérations potentiellement évitables, les infections nosocomiales, l'observance à l'hygiène des mains. Nous utilisons également un système de déclaration des incidents, qui n'a pas comme objectif de mesurer le «vrai» nombre d'incidents, mais de capter les risques liés à l'activité.

*Les collaborateurs doivent donc déclarer les incidents. Le font-ils facilement? Comment les encouragez-vous?*

La déclaration des incidents a été initiée en 1998 par le service d'anesthésiologie, puis cela a été étendu à tous les services des HUG. Les incidents sont des événements porteurs de risque qui sont déclarés par les collaborateurs sur une base volontaire. Certains de ces incidents peuvent être associés à une erreur, comme une erreur d'identité de patient, d'autres non, comme la survenue d'une réaction allergique sans antécédent connu du

patient. Les déclarations ont nettement augmenté. En 1998, 250 incidents étaient déclarés, 5000 il y a dix ans et plus de 8000 ces dernières années. Cela montre que les collaborateurs soutiennent cette démarche qui a pour objectif de mieux capter les risques afin de les réduire voire de les supprimer. Dans le cadre du système de gestion des incidents, les collaborateurs associés à l'incident ne peuvent être sanctionnés. Bien évidemment, cela ne couvre pas des événements qui entraînent des préjudices pour le patient, que nous appelons des événements indésirables graves. Dans ce cadre, des sanctions peuvent être prises.

A l'avenir, on va ainsi de moins en moins sanctionner l'erreur sans conséquence et davantage sensibiliser les collaborateurs au risque d'erreur et développer des stratégies pour réduire ce risque. La sanction va progressivement se déplacer sur les comportements à risque. Cette année nous allons justement donner une formation à ce sujet pour l'ensemble de nos cadres. Par exemple en salle d'accouchement, si un-e obstétricien-ne ne veut pas suivre la check-list indiquée, est-ce qu'une sage-femme osera le signaler ou lui faire une remarque? Généralement, on a tendance à tolérer ce genre de comportements à risques mais idéalement n'importe qui devrait pouvoir oser les signaler afin que ce comportement ne perdure pas.

*Une fois l'incident déclaré, quelle est la procédure?*

Chaque service a son groupe de gestion des incidents qui gère, analyse et propose des actions d'amélioration à la hiérarchie. Depuis quelques années les HUG ont instauré des revues de mortalité et de morbidité (RMM), réunion multidisciplinaire au cours de laquelle sont discutés les incidents ou les événements indésirables graves. Tous les membres du service concerné sont invités à y participer. Notamment les sages-femmes en obstétrique où le travail en équipe est particulièrement important. Les RMM y sont d'ailleurs très bien menées depuis plusieurs années.

*Quels sont les moyens mis en œuvre pour éviter les incidents?*

Nous pouvons travailler sur des formations, modifier des protocoles, travailler sur l'étiquetage des médicaments ou encore opérer des changements de pratiques. Par exemple dans un service, l'armoire à médicaments était

.....  
Entretien avec



**P<sup>r</sup> Pierre Chopard**, médecin-chef du service qualité des soins aux HUG. Spécialiste en médecine interne (1997), Master en administration des services de santé (1999) à l'université de Montréal. Responsable pour la Suisse Romande du cours «Error and Risk Analysis» en collaboration avec Sécurité des Patients Suisse. Co-directeur des programmes universitaires de formation continue en qualité des soins (Certificat/Diplôme).

située dans un couloir très fréquenté. Le simple fait de déplacer l'armoire dans un lieu plus calme permettait ainsi de réduire des erreurs de préparation. Pour améliorer la communication, plusieurs départements ont mis en place des programmes de *Crew resource management*: pendant un temps donné, les membres d'une équipe participent à des ateliers, jeux de rôle, ... Cela leur permet d'apprendre à faire face à une problématique en équipe et à mieux collaborer et se coordonner.

*Observez-vous une évolution dans l'attitude de vos collaborateurs depuis que ces démarches ont été instaurées?*

Nous avons mesuré à deux reprises la culture sécurité de notre institution et pouvons constater qu'il y a une progression réjouissante. Les collaborateurs se sentent plus à l'aise, ont une bonne estime du travail en équipe et se sentent mieux soutenus par leur hiérarchie. Les difficultés émanent surtout de la communication entre les services.

C'est un long chemin, car historiquement la conception était «la sécurité c'est moi». Mais ce modèle ne tient plus la route dans des organisations hospitalières devenues extrêmement complexes. Des dizaines de collaborateurs prennent en charge un-e même patient-e. La seule composante individuelle n'est plus suffisante, il est indispensable de travailler sur la composante systémique. Ce modèle systémique cherche à comprendre les relations entre l'individu et le système dans lequel l'individu évolue pour renforcer la sécurité. Cela n'empêche pas que le-la collaborateur-trice reste toujours responsable de ses actes.

*Quels indicateurs aimeriez vous pouvoir ajouter dans l'idéal? Qui peut en proposer?*

Des indicateurs concernant le taux de complication seraient intéressants. Afin de favoriser les collaborations entre l'hôpital et le secteur ambulatoire, des indicateurs populationnels seraient très utiles pour évaluer qualité de la prise en charges des patients diabétiques, insuffisants cardiaques etc.

Dans le cadre du plan stratégique Vision 20/20 un programme de patient-e-partenaire a été développé: 300 «anciens» patients ont été d'accord de donner de leur temps pour participer à des séances de travail afin d'améliorer la qualité de certaines prestations.

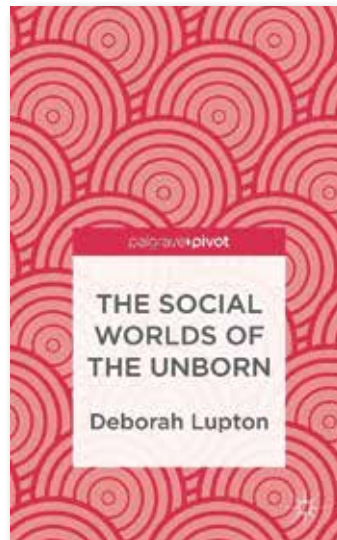
N'importe quel service peut proposer des indicateurs qualité qu'il s'agit ensuite de prioriser et d'intégrer à notre système d'information.

*Propos recueillis par Cynthia Khattar*

Version corrigée par rapport à l'édition papier

Deborah Lupton

## The social worlds of the Unborn



Editions Palmgrave  
2013, 153 p., CHF 55 à 60.–  
ISBN 978-1-137-31072-9

Quelques livres valent l'effort de lire en anglais. Le monde social du «pas encore né» fait partie de ceux-là. Deborah Lupton, sociologue de la santé australienne, s'est beaucoup intéressée à la grossesse et à l'approche de celle-ci par le risque. Dans cet ouvrage relativement court, elle interroge les évolutions contemporaines de la condition fœtale et notamment l'influence des nouvelles technologies et de l'ère néolibérale sur la perception du fœtus. L'imagerie, qu'elle soit médicale ou médiatique, a contribué à la création sociale d'une entité fœtale séparée du corps maternel\*, un nouveau citoyen en quelque sorte. Servant parfois l'établissement d'un lien prénatal avec le «pas encore né», et ayant donc des répercussions positives à certaines conditions, cette personnalisation pose aussi question. Le citoyen «pas encore né» devient ainsi porteur de droits qui parfois sont en contradiction avec ceux de la femme enceinte. Les images et la personnalisation du fœtus, appelé bébé ou enfant pour l'occasion, sont ainsi utilisées dans les campagnes de lutte contre le droit à l'avortement. Dans certaines recherches, les femmes mentionnent aussi faire de plus en plus l'objet de surveillances, parfois par des tiers inconnus, qui interfèrent avec leurs modes de vie. Livre passionnant, extrêmement bien documenté, le «pas encore né» est particulièrement pertinent pour les sages-femmes. Les réflexions de Deborah Lupton nous aident à questionner notre usage des termes affectueux bébé ou enfant, sans nécessairement les abandonner d'ailleurs. Ces réflexions soulignent aussi que l'attachement prénatal est culturellement situé, probablement récent dans sa forme très explicite et que sa présence ne doit pas être considérée comme universelle.

*Patricia Perrenoud, anthropologue et enseignante à la Haute école de Santé Vaud, Lausanne*

\* C'est cette individualisation que les sociologues considèrent comme typiques de la culture néolibérale.