

De l'utilisation des incidents critiques: expérience de l'Hôpital des Enfants de Suisse Orientale (Otschweizer Kinderspital)

Michele Losa, St Gall

Traduction: Pietro Scalfaro, Lausanne

Le système

L'hôpital moderne peut être considéré comme une entreprise industrielle de pointe sous différents aspects. Ainsi non seulement les infrastructures (par ex: les appareils médico-techniques) mais aussi les processus de soins sont devenus très complexes. Dès lors il n'est guère surprenant que dans le système de la santé comme dans l'industrie «high-tech», des erreurs ou des «erreurs manquées» font partie de l'expérience quotidienne. Partant de cette constatation, il s'agit donc de développer des stratégies pour éviter des incidents. Les efforts pour la pratique d'une médecine sûre ne datent pas depuis ces dernières années. Ce qui est nouveau ce sont les méthodes avec lesquelles les incidents sont analysés. Le système du «Critical Incident Monitoring» (CIM) est une de ces méthodes. Le but du CIM est d'augmenter la sécurité des patients.

Au mois de mars 1998 l'Hôpital des Enfants de Suisse Orientale a introduit un instrument pour l'annonce systématique et l'analyse des incidents critiques. Dans un premier temps l'implémentation s'est faite dans les soins intensifs et la néonatalogie, puis elle s'est répandue par étapes: actuellement tous les services hospitaliers travaillent avec le système. Les incidents critiques ont été définis pour notre hôpital de la façon suivante: «tout évènement non désiré qui est lié au traitement hospitalier et qui de fait influence directement ou par la suite potentiellement et négativement le patient». Le système est basé sur deux instruments importants: le système d'annonce et d'analyse centralisée. L'annonce (Critical Incident Reporting) est volontaire, anonyme et non-punitif. Ces conditions sont essentielles pour l'acceptation parmi les collaborateurs. L'analyse centrée sur le système se fait de façon interdisciplinaire et au niveau des services. Dans un premier temps l'incident est mis au centre de

l'évaluation: le patient et bien entendu la personne qui a causé l'incident, sont anonymisés. Dans un deuxième temps des mesures d'amélioration sont développées selon l'évaluation faite par le groupe d'analyse. L'attention est portée sur les conditions de travail de l'individu. Les incidents sont discutés lors de réunions communes avec tous les membres du service. Si besoin des mesures d'amélioration sont décidées. L'implémentation de ces mesures est sous la responsabilité de la direction médicale et des soins du service concerné. Un groupe de coordination pour l'ensemble de l'hôpital se retrouve régulièrement: sa tâche consiste à reconnaître des incidents qui touchent l'ensemble de l'hôpital. Le groupe informe aussi la direction sur des mesures qui concernent tout l'hôpital. Le contrôle des mesures d'amélioration implémentées se fait sur la période d'annonce suivante, qui a été fixée à 4 mois. Ce contrôle porte sur la qualité du résultat. Pour certaines mesures un «controlling» est pratiqué: il s'agit de vérifier si les décisions à implémenter ont réellement été appliquées (vérification de la qualité de structure et de processus). Ces étapes peuvent être représentées par un «cycle de qualité» (Figure 1).

Grâce à la saisie et à l'analyse des incidents critiques nous avons pu améliorer certains points dans le système. Par exemple la fréquence des extubations accidentelles aux soins intensifs a été réduite de moitié. Cette amélioration a été possible après une analyse systématique des annonces (quels patients, quand, où?) et d'une vérification critique de nos recommandations internes. Une similitude d'emballage de deux produits très différents et prêtant à confusion, a été identifiée par les soignants. La prise de contact avec l'entreprise a abouti à un changement de couleur après quelques semaines. Ainsi le risque de confondre les deux médicaments a considérablement été réduit. Deux des cas annoncés portaient sur une fausse route

d'administration avec des conséquences potentiellement dangereuses pour le patient. Ces annonces ont conduit à marquer par des couleurs différentes tous les cathéters et sondes dans l'ensemble des services de l'hôpital. D'autres mesures de système plus ou moins conséquentes ont été implémentées depuis le début il y a 6 ans.

Le but de la direction de l'hôpital est d'implémenter le CIM dans tout l'hôpital. En effet après les services hospitaliers, tous les services qui jouent un rôle direct pour la sécurité du patient sont concernés. Pour atteindre ce but des étapes concrètes ont été atteintes. L'annonce des incidents critiques doit être simplifiée. Nous avons prévu un système électronique. L'introduction et le développement du CIM est de grande importance pour l'Hôpital des Enfants de Suisse Orientale. La direction supporte ce programme dans le cadre de la gestion des programmes qualité et risque.

Culture d'erreurs et travail d'équipe

L'introduction d'un système CIM dépend de plusieurs conditions. Une culture d'erreurs et le travail d'équipe jouent parmi d'autres, un rôle central.

Le développement d'une culture d'erreurs «saine» dans une organisation demande beaucoup de travail et n'est réalisable que par des petites étapes. Le premier pas consiste à une prise de conscience à tous les niveaux hiérarchiques: dans une organisation aussi complexe qu'un hôpital des erreurs font partie du travail journalier. Nous devons donc admettre pour nous même et face aux patients et leurs familles que nous pouvons faire des erreurs. Ce premier pas, bien que central pour le développement d'une culture d'erreurs, n'est pas nécessairement le premier ou le dernier. Nous devons nous concentrer sur la recherche des erreurs et de leur élimination. Dans notre culture les erreurs sont perçues comme l'échec d'une personne particulière et souvent cette personne est sanctionnée. La recherche des causes est centrée sur cette personne. Dans le modèle centré sur le système la démarche est différente. Elle consiste à analyser l'incident avec une attention particulière aux conditions dans lesquelles un individu travaille. Ainsi dans cette approche la question posée n'est pas «qui» a causé l'incident, mais plutôt «comment et pourquoi» un incident est survenu.

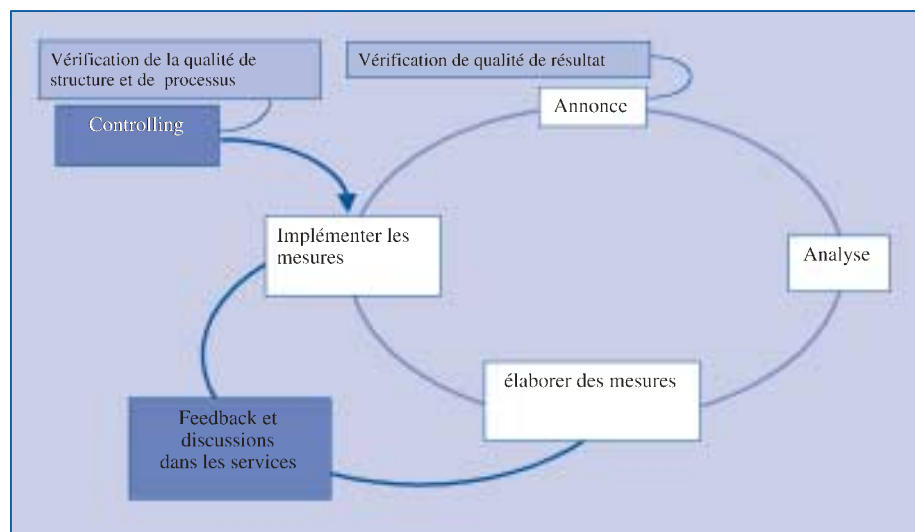


Figure 1: Cycle de qualité pour le CIM.

Le CIM pourrait aussi être utilisé pour la gestion du personnel et mêmes à des fins de «mobbing». Les responsables doivent être conscients de ces abus possibles et lors de suspicion immédiatement agir et ceci depuis le niveau hiérarchique le plus haut. La direction de l'hôpital doit manifester ouvertement son soutien et donner son accord pour les conditions prérequis mentionnées.

Le travail dans l'hôpital exige une collaboration étroite entre les différents services: médecins, soignants, collaborateurs médico-techniques, thérapeutes, tous ont un but commun. Cette collaboration peut être renforcée par le CIM. Il n'est pas exceptionnel qu'une soignante annonce un incident médical et qu'elle propose des mesures d'amélioration. Cet état de fait demande une grande tolérance et un respect pour le travail de l'autre. Dans notre hôpital les analyses se font toujours de façon interdisciplinaire. Au moins un soignant et un médecin sont membres du groupe d'analyse émanant du service. Ainsi on assure que les incidents sont évalués sous leurs différents aspects. En plus les mesures correctives élaborées de façon interdisciplinaire ont plus de chance d'être acceptées et donc d'être mises en pratique. Avec l'élargissement du système vers d'autres services il est nécessaire d'introduire un groupe de coordination. Ses tâches seront hormis les fonction d'organisation, la reconnaissance d'incidents qui relèvent de tout l'hôpital et donc proposer des mesures adéquates. Une autres tâche importante de ce groupe est d'informer régulièrement la direction. Cette dernière ne peut prendre les

décisions qui s'imposent et allouer des ressources que si elle dispose des informations respectives. Dans ce cas la composition interdisciplinaire est également très importante: chez nous il y a au moins un représentant des services et départements qui travaillent avec le système. Notre pharmacienne d'hôpital en fait également partie. Le travail du groupe de coordination est dirigé par une personne appelée «responsable des standards».

Gestion de qualité

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance maladie en 1994 la direction de l'Hôpital des Enfants de Suisse Orientale a pris très au sérieux l'exigence d'une assurance qualité active et de faciliter des prestations de qualité. Pour démontrer les fruits de ces efforts elle a pris le chemin d'une vérification externe par les experts de l'Association Suisse pour une santé de qualité (ASQ). Après deux pré-audits en 1998 et 2001, un audit de certification le 25/26 novembre 2003 a eu lieu. Un groupe d'experts de SanaCERT Suisse, composé d'une directrice des soins, d'un médecin chef et d'un directeur administratif, a étudié une documentation sur la gestion de qualité détaillée, réalisé des interviews avec les responsables des différents standards de qualité et enfin lors d'une visite de l'ensemble de l'hôpital vérifié leur application pratique. Le travail de qualité établit sur 8 standards (hygiène, avis des parents, traitement de la douleur, diabète sucré, chirurgie, soins, utilisation d'incidents critiques, organisation de la gestion qualité)

avait reçu 6 fois la note la plus élevée et deux fois la note suivante. Le rapport d'expert souligne le fait que la culture de qualité est bien ancrée, que les connaissances et le degré de pénétration des standards parmi les collaborateurs sont élevés, il souligne la grande motivation et l'engagement personnel des membres des cercles de qualité. Il reconnaît finalement le travail de pionniers, d'adaptation aux exigences d'un hôpital pédiatrique et l'interdisciplinarité marquée.

Le choix délibéré et auto défini du standard «utilisation des incidents critiques» fut analysé dans le processus de certification. Sur la base de ces travaux et en collaboration avec les organes de l'ASQ un standard officiel fut ensuite élaboré. Ce standard fait maintenant partie de la liste de SanaCERT pour les certification. Les collaborateurs de l'Hôpital des Enfants de Suisse Orientale ont participé activement à la création et aux activités d'un groupe de l'ASQ sur le sujet de l'utilisation des incidents critiques. De plus, des présentations dans beaucoup d'hôpitaux suisses et lors de congrès nationaux et internationaux ont eu lieu et des publications sur ce sujet ont été acceptées dans des revues spécialisées.

Le standard sur l'utilisation d'incident critiques et un pilier de la gestion qualité dans l'Hôpital des Enfants de Suisse Orientale. L'analyse permanente des incidents critiques assure que les efforts pour l'amélioration de la qualité ne se font pas uniquement selon les demandes des patients, tels qu'elles ressortent souvent des enquêtes avec les parents, mais aussi que ces efforts se font en vue d'une plus grande sécurité des patients.

PS: Le prix Anna Seiler 2004 à été attribué à ce travail.

Correspondance:

Dr. Michele Losa
Oberarzt Intensivstation
Ostschweizer Kinderspital
Claudiusstr. 6
9006 St.Gallen
michele.losa@gd-kispi.sg.ch