

Faire usage des erreurs pour améliorer la sécurité

Autor(en): **Chopard, Pierre**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **116 (2018)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949481>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Faire usage des erreurs pour améliorer la sécurité

La reconnaissance de l'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 Dr Pierre Chopard, médecin-chef du service qualité des soins.

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

Dr Pierre Chopard: A travers les outils que nous avons à disposition, par exemple des questionnaires, nous pouvons analyser le travail en équipe, la collaboration, comment s'opère le soutien de la hiérarchie ou la place de la sanction. Ce questionnaire, plutôt général, est transversal à l'ensemble de nos départements, et même au-delà puisqu'un même questionnaire a été rempli par plusieurs hôpitaux romands. L'analyse est en cours actuellement et sera rendue publique. Chaque département établit aussi ses propres indicateurs qualité.

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

Nous avons initié la déclaration d'accidents il y a 10 ans, au service d'anesthésiologie au départ, puis cela a été étendu. En précisant bien qu'un incident n'est pas forcément une erreur. Les déclarations ont nettement augmenté. A l'époque, 2500 incidents étaient déclarés par an, 5000 il y a quatre ou cinq ans et aujourd'hui: 8000.

Entretien avec



Pierre Chopard, Dr, 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).

Il y a une certaine zone de turbulence entre l'erreur et la sanction. D'un côté, nous disons aux collaborateurs qu'ils peuvent faire des erreurs, mais en même temps ils peuvent être sanctionnés. Mais la même erreur peut entraîner ou pas la mort d'un patient. Il faut donc déplacer la sanction non plus sur l'erreur mais sur autre chose. A l'avenir, on va ainsi de moins en moins sanctionner l'erreur mais davantage sensibiliser pour sanctionner plutôt les comportements à risque. Mais si on ne sanctionne pas, tout le monde peut-il faire n'importe quoi? Cette année nous allons justement donner une formation à ce sujet pour l'ensemble de nos cadres. L'erreur doit alimenter une stratégie. 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? Généralement, on a tendance à tolérer ce genre de comportements à risques mais idéalement n'importe qui devrait pouvoir oser les signaler.

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

C'est avant tout l'incident qui est nommé, pas le-la collaborateur-trice concerné-e. Car même s'il n'y a pas de sanction, l'attitude des collaborateurs peut être sanctionnante. Chaque service gère, analyse, améliore puis rend compte au département qui va rendre compte à la commission centralisée. Depuis quelques années les HUG ont instauré la revue de mortalité et de morbidité (RMM), réunion multidisciplinaire au cours de laquelle sont discutés des événements indésirables. Tous les membres du service concernés 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.

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

Pour améliorer la communication nous mettons notamment en place un *Crew resource management*: pendant un temps donné, on sort les membres de l'équipe de leurs activités habituelles pour 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.

Nous pouvons aussi favoriser des formations, des modifications de protocole, ou encore opérer des petits changements pratiques. Par exemple dans un service, l'armoire à

médicaments était située dans un couloir très fréquenté. Le simple fait de déplacer l'armoire dans un lieu plus calme permettait ainsi d'éviter des erreurs de posologie.

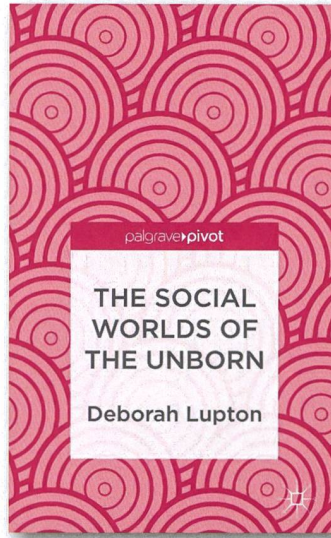
Qu'observez-vous dans l'attitude de vos collaborateurs depuis que les indicateurs de qualité ont été instaurés?
 Nous avons effectué deux fois ces mesures aux HUG et pouvons constater qu'il y a une progression. Les collaborateurs se sentent plus à l'aise, ont une bonne estime du travail en équipe et 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 l'organisation plus complexe actuelle. Des dizaines de collaborateurs différents prennent en charge un-e patient-e. Ce modèle systémique relie la sécurité des prestations et les compétences individuelles. Le-la collaborateur-trice reste toujours responsable mais est davantage soutenu-e et aidé-e.

Quels indicateurs aimeriez vous pouvoir ajouter dans l'idéal? Qui peut en proposer?
 Des indicateurs concernant le taux de complication seraient intéressants. Nous avons déjà mis en place l'an passé le nombre de réadmission grâce à un algorithme qui permet de mesurer les réadmissions potentiellement évitables.
 L'un de nos services développe actuellement un programme de patient-e-partenaire: 300 anciens patients ont été d'accord de donner de leur temps pour participer à des séances de travail concernant la manière dont ils ont été pris en charge durant leur hospitalisation.
 N'importe quel service peut proposer des indicateurs, nous pouvons l'aider à les mettre en place s'ils n'ont pas les ressources, soit nous les intégrons à notre système d'information.

Propos recueillis par Cynthia Khattar

Deborah Lupton

The social worlds of the Unborn



Editions Palgrave
 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.