

...de l'atelier du CCECQA du 4 juillet 2008

Réflexions régionales à propos des solutions proposées par l'Organisation mondiale de la santé pour la sécurité des soins

F. Perret, J.-L. Quenon, P. Michel

Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) est une association de type loi 1901, créée en 1996 à l'initiative des établissements de santé organisés au sein du Groupe de réflexion et d'animation des hôpitaux publics d'Aquitaine (GRAHPA), avec le soutien de l'université Victor-Segalen Bordeaux 2 et du ministère de la Santé.

Depuis 2004, le CCECQA propose des ateliers visant à apporter aux professionnels des établissements des réponses rapides à des questions précises et d'actualité, en lien avec les démarches d'évaluation, qualité et gestion des risques. Ces ateliers thématiques d'une demi-journée mettent en avant les retours d'expériences et les avis d'experts. Chaque participant est incité à partager son expérience.

L'atelier organisé le 4 juillet 2008 avait pour objectifs de décrire et de promouvoir les neuf solutions pour améliorer la sécurité des soins proposées en 2007 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de partager des expériences de leur mise en application et de discuter leur adaptation aux besoins actuels de sécurisation et leur faisabilité.

Cet atelier a rassemblé 69 professionnels issus de 26 établissements de santé, ainsi que des représentants de l'Agence régionale d'hospitalisation et de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine.

Organisation de l'atelier

Après une présentation générale des actions de l'OMS en matière de sécurité des soins et plus particulièrement des neuf solutions lancées en 2007, trois thématiques ont fait l'objet d'un approfondissement et ont été illustrées par une expérience réalisée dans un établissement de santé : les erreurs de côté en chirurgie, la communication des prescriptions médicales durant le transfert des patients, et les erreurs d'identification des patients.

Chaque intervention était suivie d'un temps de discussion où les professionnels étaient encouragés à réagir et à partager leurs expériences.

Les solutions de l'OMS pour optimiser la sécurité des soins

P. Michel

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait de la sécurité du patient l'une de ses priorités et a lancé en 2004 l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients¹. Celle-ci a impulsé la mise en œuvre de douze axes de travail complémentaires visant à faire progresser la sécurité des soins. Le plus connu, appelé « *Global Challenges* », consiste à lancer tous les deux ans une campagne internationale incitant les pays à travailler sur des thèmes jugés prioritaires au niveau mondial : hygiène des soins en 2006 (« *Clean care is safe care* »), sécurité de l'acte opératoire en 2008 (« *Safe surgery saves life* ») et lutte contre la résistance antibactérienne en 2010. Les autres axes de travail concernent notamment l'implication du patient dans sa propre sécurité, l'élaboration d'une terminologie internationale commune et la publication de solutions concrètes pour améliorer la sécurité des patients. Ce dernier axe repose sur l'idée de mutualiser les idées, de valoriser des initiatives locales de sécurisation des soins et de diffuser des solutions simples et universellement applicables, en incitant les pays à se les approprier. Pour ce faire, une commission internationale a été mise en place afin d'identifier les principaux problèmes et de proposer des solutions simples et efficaces. Le 2 mai 2007, l'OMS a présenté neuf premières solutions dont les objectifs respectifs sont les suivants :

- 1- éviter la confusion entre médicaments de dénominations voisines, en encourageant l'utilisation de protocoles et de supports de prescription pré-imprimés ou informatisés ;
- 2- éviter les erreurs d'identité, en systématisant les démarches d'identification du patient par des méthodes standardisées permettant de faire face aux situations à risque (homonymie...) et en impliquant le patient dans cette démarche ;
- 3- éviter les pertes d'information durant le transfert d'un patient, en encourageant l'utilisation de protocoles et en impliquant le patient dans cette démarche ;
- 4- éviter les erreurs concernant le site anatomique à opérer, en mettant en place des procédures préopératoires strictes incluant le marquage du site à opérer par le chirurgien et l'obtention avant le début de l'intervention de l'accord de toute l'équipe concernant l'identité du patient, le site à opérer et le type d'intervention et en impliquant le patient dans cette démarche ;
- 5- éviter les erreurs d'utilisation des solutions électrolytiques, en standardisant les doses, les unités de mesure et les terminologies ;
- 6- éviter les erreurs de prescriptions médicamenteuses

1- <http://www.who.int/patientsafety/en/>

durant les transferts, en communiquant lors de chaque transfert, la liste complète des prescriptions du patient ;
 7- éviter les erreurs de connexions (cathéters, perfusions...), en redoublant de vigilance lors des connexions ;
 8- éviter les infections liées à l'utilisation de matériel d'injection contaminé, en interdisant la réutilisation d'aiguilles usagées, en formant les professionnels et en éduquant les patients et leurs familles ;
 9- diminuer la survenue des infections associées aux soins, en encourageant l'hygiène des mains. Ces solutions sont disponibles en anglais sur le site internet de l'OMS, certaines d'entre elles devant être prochainement traduites par la Haute autorité de santé.

Encore insuffisamment connues, ces neuf solutions sont une véritable opportunité pour la sécurité du patient dans nos établissements. De nouvelles solutions concernant la prévention des chutes, des escarres, des infections sur cathéter central, sur la communication des résultats critiques et sur la réponse au patient dont l'état se détériore rapidement, devraient être diffusées l'an prochain.

Erreurs de côté en chirurgie **Expérience du département d'anesthésie** **de l'hôpital universitaire de Genève**

P. Garnerin

Un projet de vérification systématique de l'identité du patient à opérer ainsi que du site anatomique concerné a été conduit au sein du département d'anesthésie de l'hôpital universitaire de Genève. En effet, bien qu'aucun accident de ce type n'ait été signalé depuis 1998 dans ce département, plusieurs erreurs d'anesthésie du mauvais côté sur des procédures latéralisées auraient pu conduire à des erreurs chirurgicales. Un état des lieux a mis en évidence une hétérogénéité des vérifications pratiquées et une tendance générale des professionnels à se reposer sur les autres pour les vérifications à effectuer.

Des consignes de sécurité ont donc été élaborées :

- pour prévenir les erreurs d'identité, une question ouverte est posée au patient afin qu'il décline son nom, son prénom et sa date de naissance. La concordance de ces renseignements avec trois autres sources d'information (le bracelet d'identification du patient, son dossier et le programme opératoire du jour) doit ensuite être vérifiée. En cas de discordance, le doute doit être levé par des moyens appropriés afin de pouvoir poursuivre l'intervention.

Si le patient est incapable de décliner son identité, la concordance du bracelet d'identification est vérifiée avec le dossier patient et le programme opératoire du jour. S'il y a discordance, l'intervention est suspendue (sauf urgence), jusqu'à ce qu'une personne puisse identifier formellement le patient.

- Parallèlement, pour prévenir les erreurs de côté, le chirurgien doit marquer la veille de l'intervention, le

site anatomique à opérer. Si l'intervention se déroule en ambulatoire, c'est le patient ou sa famille qui doit effectuer ce marquage.

Avant l'intervention, trois points de concordance avec ce marquage sont vérifiés : la réponse du patient à une question ouverte qui lui est posée sur le site à opérer, le dossier du patient, et le programme opératoire du jour. S'il y a concordance entre la réponse du patient et le marquage mais discordance avec le dossier patient ou avec le programme opératoire du jour, le chirurgien est appelé pour lever le doute. S'il n'y a pas de marquage ou s'il y a discordance entre le marquage et l'avis du patient, l'intervention est interrompue jusqu'à l'arrivée du chirurgien qui doit examiner le patient pour déterminer le côté.

Dans le cas où le patient est incapable de répondre, seuls deux points de concordance avec le marquage sont vérifiés : le dossier du patient, et le programme opératoire du jour. L'absence de marquage ou la présence d'une discordance conduit à l'arrêt de l'intervention jusqu'à la venue du chirurgien.

Cette démarche originale n'a pu voir le jour que grâce à une importante phase de sensibilisation du personnel au projet et à un soutien de la direction. Des audits très réguliers sont réalisés et montrent une nette amélioration des pratiques. Ils sont indispensables pour le maintien de la mobilisation du personnel et la pérennisation de cette démarche.

La principale réticence du personnel était la peur de paraître incompetent ou peu sérieux aux yeux des patients, en leur demandant à de nombreuses reprises les mêmes informations. Une manière inappropriée de poser les questions peut effectivement avoir un effet angoissant pour le patient qui perd la confiance en l'équipe soignante. En présentant la demande comme relevant d'une procédure supplémentaire mise en place pour garantir la sécurité du patient, l'effet est au contraire rassurant et la démarche bien acceptée. Une autre difficulté était de convaincre les professionnels de l'intérêt de la démarche dans les situations d'identification implicite ou pour lesquelles la localisation du site à opérer semblait évidente (par exemple, un bras plâtré). Ces situations sont particulièrement dangereuses et les exemples d'erreurs dans ces situations ne manquent pas.

De par l'amélioration des pratiques constatées, cette action est un succès, mais la prise de conscience des enjeux par le personnel et l'implication des patients reste un travail permanent à mener au jour le jour.

Discussion

Cette expérience a suscité de nombreuses réactions dans la salle. Certains craignaient un manque d'acceptabilité de nouvelles procédures par les professionnels, déjà mis à contribution dans de nombreuses procédures de vérifications. C'est au gestionnaire de risque de cibler les vérifications prioritaires pour qu'elles soient compatibles avec l'activité des professionnels. Ces vérifications sont généralement bien acceptées si les professionnels ont

conscience des dangers. D'autres participants ont souligné le coût en temps qu'un tel plan d'action nécessitait, notamment pour la mise en œuvre d'audits. Cependant un intervenant a rappelé que la qualité et la sécurité représentent un investissement et doivent à ce titre être financées. Certains spécialistes estiment que ce financement devrait représenter 1 à 2 % de la masse salariale.

Erreurs de prescription médicamenteuse au cours du transfert des patients

Expérience du centre hospitalier de Mont-de-Marsan

M.-P. Brechet

Lors de l'évaluation de la sécurité du circuit du médicament au centre hospitalier de Mont-de-Marsan, une insuffisance dans les transferts d'informations entre la ville et l'hôpital avait été signalée. Parallèlement à l'installation du dossier patient informatisé, et afin d'améliorer cette situation, la pharmacie à usage intérieur a mis en place un dispositif innovant pour assurer une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital concernant les prescriptions médicamenteuses.

En s'appuyant sur la technologie du portail Télé Santé Aquitaine (TSA)² mis à disposition des professionnels de santé par l'Agence régionale d'hospitalisation d'Aquitaine, un dispositif a été créé pour permettre aux pharmaciens libéraux de transmettre au service hospitalier les prescriptions d'un patient entrant à l'hôpital et de recevoir lors de la sortie du patient sa prescription de sortie d'hospitalisation.

Concrètement, tous les pharmaciens désireux de participer au dispositif ont bénéficié d'une messagerie sécurisée. Une fois leur messagerie installée, les pharmaciens libéraux ont pu sur le même principe qu'un envoi de courrier électronique avec une pièce jointe, envoyer sur demande du centre hospitalier, un historique des médicaments délivrés. Ces informations transmises au service de soins permettent d'avoir des données précises qu'il était parfois difficile d'obtenir. En retour, le centre hospitalier envoie la veille ou le jour de la sortie du patient, un résumé des prescriptions du séjour, ainsi que l'ordonnance de sortie en format PDF. Cela permet au pharmacien d'être informé et de préparer les médicaments nécessaires.

Cette initiative a été un succès parce qu'elle répondait au besoin des pharmaciens et des services, mais aussi parce que l'administration hospitalière a soutenu le projet, et

2- <http://www.sante-aquitaine.net/view> « Le portail Télé Santé Aquitaine a pour objectif la mise à disposition d'information au travers d'outils et de services à destination du grand public et des professionnels de santé de la région Aquitaine. Il offre également, en accès restreint : des services de type messagerie sécurisée pour les professionnels de santé aquitains, des outils de travail collaboratif pour les structures de type associatives ou réseau de santé aquitains ». Editeur GIE TéléSanté Aquitaine

que tous les problèmes techniques ont été pris en charge par le portail TSA. Des limites techniques se posent néanmoins, notamment la nécessité de resaisir l'historique des prescriptions envoyé par les pharmacies libérales au niveau de la pharmacie hospitalière.

Des demandes émanent des médecins traitants, notamment concernant les patients en oncologie. Les médecins traitants pourraient être associés à terme au dispositif et bénéficier en plus des prescriptions de sortie, de conseils ou d'informations notamment sur la prise en charge des effets secondaires des chimiothérapies.

Discussion

Un médecin généraliste a témoigné de la lenteur avec laquelle les comptes rendus de sortie d'hospitalisation lui parvenaient, soulignant l'apport d'un tel dispositif. Maintes fois, il a été rappelé la simplicité d'inscription au portail, sous exploité en Aquitaine. Enfin, la question de la pertinence d'un tel dispositif, alors que le dossier médical partagé (DMP) doit bientôt voir le jour, a été soulevée. Face à l'incertitude quant au délai de mise en place du DMP, tous s'accordent à encourager de telles démarches simples et efficaces. Ces actions, loin d'entraver la mise en place du DMP, sensibilisent au contraire les professionnels à de telles pratiques.

Erreurs d'identification du patient

Facteurs de risque et mesures de prévention proposées

J.-L. Quenon

Même si leur fréquence reste difficile à estimer, les erreurs d'identification du patient préoccupent de plus en plus les gestionnaires de risques. Des exemples malheureux illustrent les conséquences dramatiques de telles erreurs (radiothérapie effectuée au mauvais patient, interruption involontaire de grossesse suite à un acte prescrit pour une autre patiente).

Ces erreurs peuvent s'expliquer par le grand nombre d'interventions et d'intervenants auprès des patients (parfois non communicants !). Certaines situations ont été identifiées comme particulièrement à risque : les homonymies, les noms étrangers, les usurpations d'identité, les désirs de non-divulgence d'identité, les admissions en urgence, l'attribution de plusieurs dossiers à une même personne ou au contraire l'attribution d'un même dossier à plusieurs personnes.

Des facteurs contribuent également à majorer le risque d'erreur, comme la sous-estimation du risque par les professionnels, la difficulté de concilier identification et confidentialité, l'absence de politique d'amélioration clairement affichée, une mauvaise définition du processus d'identification, une absence de standardisation des processus entre les services, une absence de réflexion spécifique pour les situations à risques, la sous-utilisation des techniques à disposition, ou encore la faible implica-

tion des patients dans ce processus.

Un cadre réglementaire et des données sur le retour sur investissement de telles démarches seraient probablement d'excellents leviers d'action. En attendant, et malgré le faible niveau de preuve concernant l'efficacité de ces actions, l'OMS propose de renforcer la politique d'identification du patient en responsabilisant tous les professionnels et en impliquant activement les patients. L'identité doit être vérifiée à l'admission et avant tout soin en utilisant au moins deux traits d'identification différents. Ces traits d'identification sont les « caractéristiques définies dans un système d'information comme constituant de l'identité d'un patient et censées représenter une personne pour l'identifier de façon unique dans ce système. » Ce sont par exemple le nom de naissance, le nom d'usage, le ou les prénom(s), la date de naissance, le sexe, l'adresse, etc. (définition du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier).

L'identification du patient doit être standardisée et un protocole doit définir la conduite à tenir devant des situations particulières (homonymie...) ou devant des patients non communicants. Le processus défini doit idéalement être le même entre les différentes structures de soins.

Des freins peuvent entraver la mise en place de telles mesures. Les professionnels peuvent redouter l'intégration de nouvelles technologies (codes-barres, biométrie...) au sein des structures de soin, l'inadaptation des solutions techniques au contexte de soin, la modification de la relation médecin-patient engendrée par la répétition des contrôles d'identité, ou encore l'augmentation de la charge de travail. L'institution, quant à elle, peut refuser le coût engendré par les solutions techniques.

Une étape d'évaluation de l'existant avant la phase de mise en place d'actions d'amélioration est indispensable. Il faut également avoir conscience que les solutions techniques ont leurs limites et qu'elles ne dispensent pas de vérifications humaines. Le bracelet nominatif ne prévient pas toutes les erreurs d'identité par exemple. De même, un enregistrement d'identité erroné peut se répercuter en cascade dans les systèmes informatiques. Une trop grande standardisation des processus peut également compromettre la confidentialité du patient.

Le CCECQA va prochainement proposer aux établissements adhérents un nouveau projet, le projet PERILS, qui vise à étudier les barrières mises en place par les établissements contre ce type d'erreurs, et leur opérationnalité. Ce projet permettra également d'aider les établissements à définir des actions d'amélioration.

Discussion

Les professionnels ont manifesté une certaine mobilisation autour de ce thème. Environ la moitié des participants a déclaré avoir été confrontée personnellement ou professionnellement au moins une fois à une erreur d'identité.

Des problèmes techniques compliquent parfois la situation. Dans un établissement par exemple, le nom des patients est systématiquement tronqué lorsqu'il dépasse un certain nombre de caractères. Cependant, des solutions techniques existent pour y remédier.

Certains participants ont regretté ne pas savoir ce qu'il était légitime d'exiger des patients, notamment aux admissions. Il semble que l'on puisse exiger une pièce d'identité. De nombreuses autres difficultés ont été soulevées, comme une identité différente sur deux documents appartenant à la même personne, la persistance d'erreurs malgré les bracelets.

Dans quelques établissements, la question des erreurs d'identité a été étudiée et des procédures locales ont été élaborées. Dans un établissement par exemple, les patients homonymes sont regroupés dans la même unité et les soignants de l'unité sont informés de la situation. Cela permet semble-t-il d'éviter certaines confusions liées à la dispersion dans plusieurs services de patients homonymes. L'efficacité de cette solution n'a cependant pas encore été évaluée. Finalement, c'est à chaque établissement d'évaluer ses procédures, et de trouver des solutions adaptées à son type d'activité et de fonctionnement.

Conclusion

Cet atelier a permis de présenter des solutions souvent méconnues des professionnels. Simples d'utilisation et concernant des domaines pertinents, elles ont, semble-t-il, intéressé les professionnels participants. Ces solutions sont particulièrement opérationnelles et facilement applicables, mais elles n'exonèrent pas les établissements d'une évaluation préalable de l'existant.

On note une mobilisation certaine autour de ces thématiques et des actions ont déjà été menées sur certains risques visés par ces solutions, en particulier sur les risques infectieux ou liés à l'utilisation des médicaments. La réduction des erreurs d'identification des patients est désormais une priorité pour de nombreux établissements. Les solutions de l'OMS peuvent aider les établissements dans leur démarche d'amélioration de la qualité des soins.