



## Elargissement de la méthode des trigger tools par une analyse précoce des événements indésirables en vue de définir des mesures d'amélioration

52

Wong BM, Dyal S, Etchells EE et al.: Application of a trigger tool in near real time to inform quality improvement activities: a prospective study in a general medicine ward  
BMJ Quality & Safety 2015; doi: 10.1136/bmjqs-2014-003432 (online first)

Le relevé et l'analyse des événements indésirables (EI) constituent une des bases essentielles, mais aussi un des défis majeurs, de la sécurité des patients. Les méthodes les plus répandues pour y procéder – comme l'examen des dossiers des patients – présentent deux inconvénients principaux : d'une part, elles reposent entièrement sur la documentation et sa qualité et, d'autre part, les informations disponibles sont rarement placées en contexte. Les données telles que facteurs déclenchants, déroulement de l'événement et perception des personnes concernées font souvent défaut. Elles sont pourtant indispensables si l'on veut tirer des EI des objectifs et des mesures en vue d'améliorer la situation. Afin de pallier ces problèmes, Wong et al. ont développé et testé une nouvelle approche. Ils ont élargi l'examen des dossiers de patients réalisé au moyen de trigger tools (signaux d'alerte) par un débriefing des professionnels concernés à un moment le plus proche possible de la survenue de l'incident détecté. Menée dans une division de médecine interne générale d'un hôpital canadien, leur étude avait pour but d'identifier les facteurs ayant favorisé un incident, qu'il est essentiel de connaître pour éviter sa répétition. Les auteurs ont d'abord établi une liste de triggers qui étaient bien documentés et pouvaient indiquer que le patient avait subi un préjudice. A titre d'exemple, « l'administration de vitamine K » est un trigger signalant un problème de coagulation. Un professionnel formé à cette tâche vérifiait chaque jour – autrement dit de façon prospective – les dossiers des patients hospitalisés pour contrôler l'apparition de triggers. Dans les 48 heures suivant la découverte d'un tel signal, l'ensemble du dossier du patient était passé en revue pour clarifier l'incident, recueillir des informations complémentaires et identifier les facteurs favorisants. Cette démarche comprenait un débriefing systématique avec les collaborateurs concernés. Une équipe d'analyse se fondait ensuite sur les informations récoltées pour classer les incidents. Sur la base de définitions existantes, chacun d'eux était attribué à une catégorie selon qu'il avait causé un préjudice au patient, qu'il était dû à la prise en charge médicale ou qu'il pouvait être mis sur le compte d'une erreur – et aurait dès lors pu être évité. Pour chaque EI, les facteurs favorisants ont été évalués et classés à leur tour selon une procédure consensuelle. Cette observation clinique prospective a inclus 141 patients (703 jours-

patients). Chez 52 % d'entre eux, au moins un trigger avait été déclenché. Au total, 22 EI ont été identifiés, dont 15 (68 %) ont été jugés évitables (10 % des patients). Parmi ces derniers, 3 (14 %) avaient été signalés spontanément par les collaborateurs – et non découverts en premier lieu au moyen des triggers. Les auteurs de l'étude ont relevé 41 EI potentiels et 31 erreurs. Pour la majorité des cas, plusieurs facteurs favorisants ont été identifiés (médiane=3) et 6 incidents seulement en affichaient un seul. Ces facteurs montraient une grande hétérogénéité. L'éventail de la catégorie « Communication et travail d'équipe », notamment, était très large, comprenant 32 problèmes qui pouvaient à leur tour être répartis en 7 sous-catégories, chacune nécessitant des interventions ou des mesures d'amélioration différentes. L'étude teste une méthode de nature à combler une lacune importante dans la gestion des risques cliniques, du fait qu'elle associe les procédures visant à saisir la fréquence de certains incidents (trigger tools) et celles qui analysent de façon approfondie les causes et facteurs favorisants des EI (Error and Risk Analyse ; Root Cause Analyse). A souligner le caractère positif de l'approche prospective, qui permet de clarifier des informations, de communiquer avec les personnes concernées et de considérer l'incident alors qu'il est encore « frais ». L'une des difficultés consistait à bien définir la classification pour permettre l'adoption de mesures. Si une catégorisation large permet d'inclure de nombreux incidents et de mettre le doigt sur les besoins d'amélioration, elle regroupe aussi souvent des causes d'une telle hétérogénéité qu'il n'est pas possible d'y répondre au moyen d'une intervention unique. La tendance au monitoring « en temps réel » s'avère par ailleurs une évolution méthodologique intéressante.

### Prof. D. Schwappach, MPH

Directeur scientifique de Sécurité des patients Suisse –  
Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25749028>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité