

LE MAGAZINE DE L'HÔPITAL NEUCHÂTELOIS



/ page /

01

REGARDS CROISÉS

Entre patiente et soignants  
la confiance s'installe

DOSSIER

Sécurité tous azimuts  
à l'HNE

N° 03 / 2012

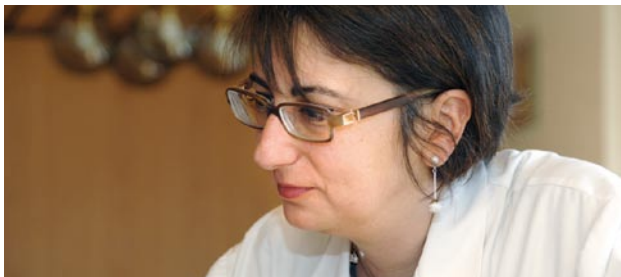
## LES BÂTIMENTS DE L'HNE SOUS LA LOUPE

La direction générale de l'HNE a décidé de procéder à une expertise de l'ensemble du patrimoine bâti de l'Hôpital neuchâtelois. Jusqu'à la fin de l'été, deux bureaux privés visiteront tous les bâtiments des sept sites. Ils réaliseront un diagnostic systématique de l'état général des bâtiments, des matériaux et des techniques (chauffage, ventilation, électricité et sanitaire). L'expertise devrait être terminée d'ici l'automne.



## LA DRESSE YOLANDA ESPOLIO DESBAILLET NOMMÉE CHEFFE DU DÉPARTEMENT DE GÉRIATRIE, RÉADAPTATION ET SOINS PALLIATIFS

Les centres de traitement et de réadaptation (CTR) de l'HNE, soit les sites de La Béroche, du Val-de-Ruz, du Val-de-Travers et du Locle, sont désormais réunis dans un département indépendant de celui de médecine. Et c'est la Doctoresse Yolanda Espolio Desbaillet qui en prend la responsabilité, tout en continuant d'assurer en parallèle son rôle de médecin-chef de l'HNE-Val-de-Travers. Cette réorganisation est liée à la révision du financement LAMal des structures de réadaptation ainsi qu'à la volonté de l'HNE d'optimiser son dispositif pour en assurer la pérennité.



## PLACEBO

Ne manquez pas le prochain Placebo qui sera diffusé le 15 mai. Il sera consacré à la maladie d'Alzheimer.

Cette émission s'inscrit dans une série consacrée à des sujets médicaux. Elle est produite par l'Hôpital neuchâtelois et Canal Alpha.

En tout temps, vous pouvez revoir les émissions Placebo qui ont abordé des thèmes aussi variés que le don d'organe, les enfants intolérants au gluten, l'arrivée de bébé, la guerre des microbes et la check-list chirurgicale.

[www.hopital-ne.ch](http://www.hopital-ne.ch)



## UN NOUVEAU MÉDECIN-CHEF EN ONCOLOGIE

Le Dr Willy Nettekoven sera le nouveau médecin-chef du département d'oncologie de l'HNE. Il prendra ses fonctions le 15 mai prochain. Agé de 46 ans, il a effectué sa formation initiale en médecine à l'Hôpital universitaire de Bonn. Après un riche cursus de formation, il est au bénéfice d'une quadruple spécialisation médicale : en médecine interne, en hématologie et oncologie, en pneumologie et en médecin palliative. De nationalité allemande, le Dr Nettekoven s'est familiarisé avec la pratique en milieu francophone à l'occasion d'une année d'études réalisées à l'Université de Montpellier, puis d'un stage en chirurgie au CHUV à Lausanne. Il s'exprime avec aisance en français.

## NOMINATION D'UNE MÉDECIN-CHEFFE EN OPHTALMOLOGIE

La volonté de l'HNE de maintenir des consultations d'ophtalmologie se concrétise par l'engagement de la Doctoresse Nadja Tajouri. Cette Suisse née en Lybie prendra ses fonctions le 1er mai à La Chaux-de-Fonds. Au bénéfice d'un titre FMH d'ophtalmologie et d'une sur-spécialité en neuro-ophtalmologie, la Doctoresse Tajouri élargit, grâce à ses compétences, la palette des prestations proposées par l'HNE.

Après ses études de médecine à Genève, elle a occupé un poste de cheffe de clinique en neuro-ophtalmologie à l'Hôpital universitaire de Genève. Après avoir mené des recherches à la Harvard medical scholl de Boston durant deux ans, elle a été responsable de la neuro-ophtalmologie aux Hôpitaux universitaires de Genève. Nadja Tajouri est mariée et maman de trois enfants.





## Sécurité – Garantir les meilleures pratiques

Les études américaines et leur extrapolation en Suisse sur les décès à l'hôpital dus aux erreurs médicales font régulièrement la Une des journaux. Et c'est alors que chacun – qu'il soit ou non en bonne santé – se pose la question : « Mais nos hôpitaux sont-ils vraiment sûrs ? » C'est d'autant plus pertinent dans le contexte actuel où les avis des uns contredisent ceux des autres sur les perspectives de notre établissement hospitalier et sur sa capacité à prendre en charge les patients, non seulement dans de bonnes conditions, mais surtout de manière sécuritaire avec le niveau de qualité requis.

Cette édition de HNE mag' tente d'éclairer sur ce domaine souvent peu visible que constitue la sécurité au sein d'un hôpital.

Pour garantir celle-ci en permanence, la compétence de chaque professionnel est nécessaire. Mais, en regard de la complexité des prises en charges, du nombre élevé d'intervenants autour du patient et des attentes élevées de celui-ci, il est devenu indispensable que tous les actes thérapeutiques puissent être tracés rigoureusement. Bien que la médecine soit fondamentalement une science humaine, donc avec ses facteurs d'incertitude, une grande partie des actes de soins est soumise à des standards garantissant les meilleures pratiques médicales connues.

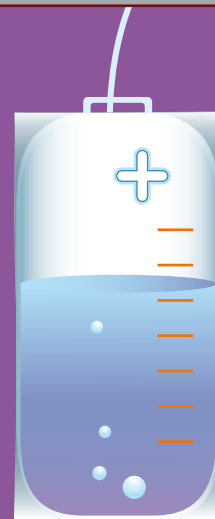
Au sein de l'HNE, plusieurs équipes de spécialistes accompagnent médecins et soignants à l'aide d'approches pluridisciplinaires afin de garantir la sécurité des patients. Cela va de la sécurité des bâtiments et des équipements, aux mesures de préventions des erreurs médicamenteuses.

Ces nombreuses démarches permettent d'identifier d'éventuels incidents mêmes mineurs dès leur survenance afin d'éviter que ceux-ci ne se transforment en erreurs médicales avec des conséquences sur la santé du patient. Cependant, l'objectif principal consiste à intervenir sur deux plans: premièrement, agir en amont, autrement dit intensifier les mesures de prévention et donc réduire les événements indésirables; deuxièmement, améliorer la sécurité perçue par le patient grâce à l'information systématique de ce dernier et ainsi augmenter sa confiance envers l'hôpital.

Les efforts entrepris sont très conséquents et les mesures prises sont adaptées en permanence aux progrès des connaissances en matière de sécurité du patient, domaine particulièrement sensible pour les hôpitaux.

L'excellence des prestations de l'HNE est aussi à ce prix : celui de la sécurité.

Laurent Christe  
Directeur général



- p02 ACTUALITÉS
- p03 ÉDITORIAL
- p04-06 REGARDS CROISÉS  
Entre patiente et soignants la confiance s'installe
- p08-15 DOSSIER  
Sécurité tous azimuts à l'HNE

UNE PUBLICATION DE L'HOPITAL NEUCHATELOIS  
Muriel Desaulles, Secrétaire générale

RÉDACTION  
Microplume sàrl, Marie-José Auderset, Vucherens

GRAPHISME  
additive, Aline Jeanneret, Saint-Blaise

PHOTOGRAPHIE  
Walery Osowiecky, Neuchâtel

TIRAGE  
3200 exemplaires

IMPRESSION  
Europ'Imprim Swiss, Bevaix

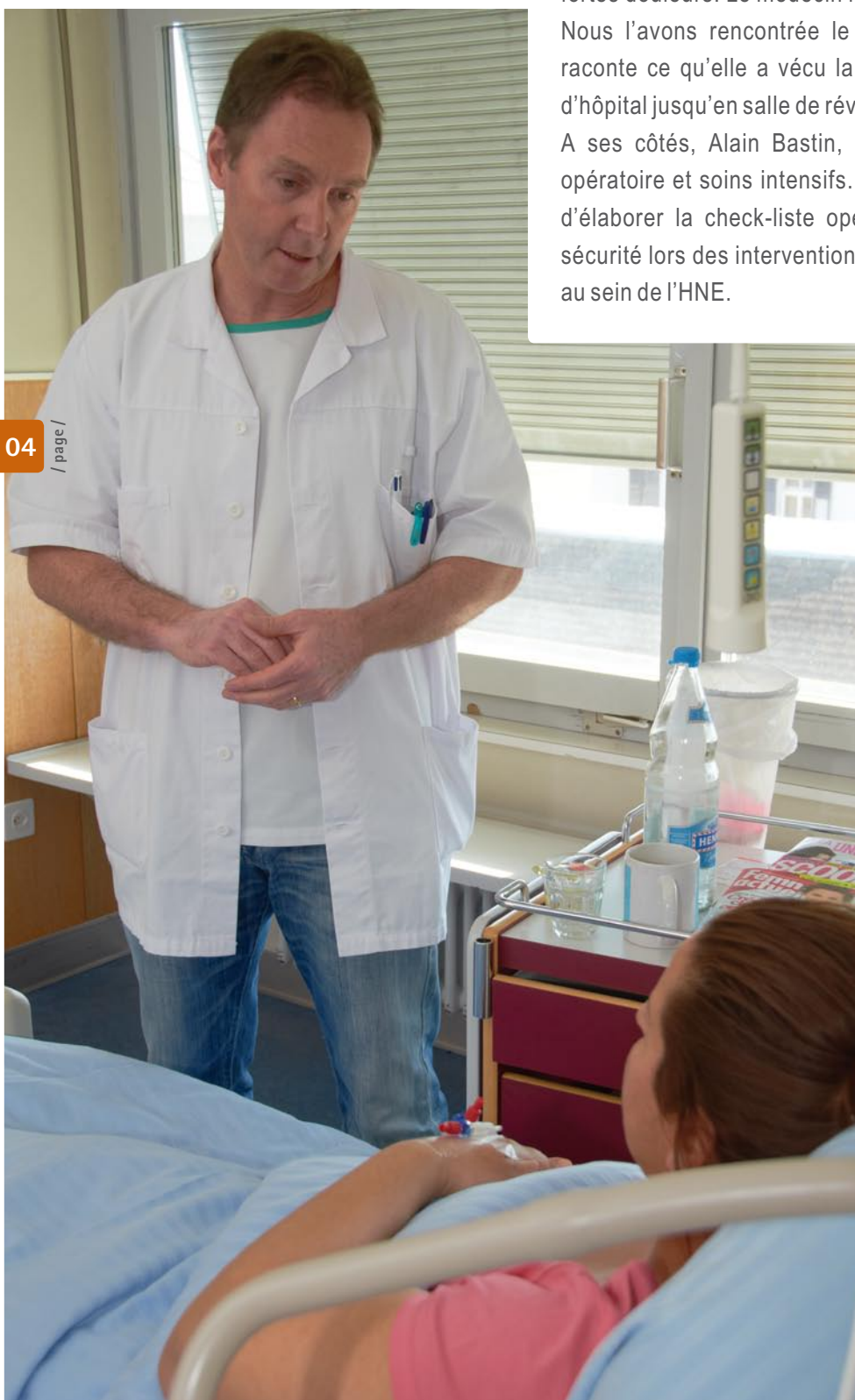


Alain Bastin, infirmier-chef

## Entre patiente et soignants la confiance s'installe

En 2009, en sortant d'une consultation chez le médecin, elle a raté une marche, est tombée dans les escaliers et s'est fait une entorse à la cheville. Elle se l'est souvent tordue depuis lors et avait fréquemment de fortes douleurs. Le médecin lui a proposé une intervention chirurgicale. Nous l'avons rencontrée le lendemain de son opération. Elle nous raconte ce qu'elle a vécu la veille, depuis son départ de la chambre d'hôpital jusqu'en salle de réveil en passant par le bloc opératoire.

A ses côtés, Alain Bastin, infirmier-chef de service urgences, bloc opératoire et soins intensifs. Il a participé au groupe de travail chargé d'élaborer la check-liste opératoire adulte et enfant qui renforce la sécurité lors des interventions chirurgicales, puis de la mettre en place au sein de l'HNE.



A l'HNE - La Chaux-de-Fonds



La patiente ► ◀ Alain Bastin

Le matin de l'opération, alors que j'étais encore dans ma chambre, une infirmière est passée vers moi. Elle m'a demandé mon nom, prénom et date de naissance. Elle a aussi vérifié mon identité sur mon bracelet. Puis elle a voulu que je lui dise pourquoi j'étais là. J'ai aussi dû lui montrer la cheville où j'allais être opérée et elle a fait une croix à cet endroit. Une fois la discussion terminée, elle m'a donné un comprimé pour me détendre avant de descendre au bloc opératoire.

J'ai aussi dû décliner mon identité quand le transporteur est venu me chercher. J'ai remarqué qu'il a vérifié mon nom sur mon bracelet d'identité et sur l'étiquette du lit. Puis nous avons discuté durant tout le trajet de ce qui m'était arrivé. C'était bien, ça me permettait de m'occuper l'esprit avant l'opération.

A mon arrivée à la salle d'anesthésie, ça a été les mêmes questions de la part de l'infirmière qui m'a une nouvelle fois demandé de me présenter, de donner mon année de naissance et de lui dire quelle opération j'allais avoir et à quelle cheville. Un moment plus tard, l'infirmier-anesthésiste m'a aussi interrogé. Sur le moment, j'ai pensé qu'ils voulaient vérifier si j'avais gardé tous mes esprits malgré le médicament qu'on m'avait donné. Puis je me suis souvenue : à mon arrivée à l'hôpital, on m'a expliqué qu'on allait souvent me poser les mêmes questions pour des raisons de sécurité. Pour qu'on ne se trompe pas de personne ou d'opération. C'est bien de faire tous ces contrôles. C'est rassurant.

Tous ceux qui étaient présents avant l'opération étaient calmes, ils me parlaient gentiment, m'expliquaient ce qu'ils allaient faire. L'infirmière m'a prévenue qu'elle allait me piquer, je lui ai dit que je n'aimais pas ça. Elle a redoublé de douceur. J'étais confiante.

Je me rappelle avoir vu une porte s'ouvrir et derrière il y avait des gens en blouse verte qui se lavaient les mains. Tout d'un coup, j'ai pensé que je ne voulais pas m'endormir. Depuis ce moment-là, je ne me souviens plus de rien...

Pour nous, il est essentiel que l'infirmière explique la démarche, qu'elle confirme l'identité du patient, l'indication opératoire et la zone qui va être opérée, en demandant au patient de décliner ces différents éléments. Elle compare ces informations avec le dossier médical qu'elle a avec elle et en particulier la demande d'admission et de planification opératoire.

Dans une même journée, il n'est pas rare d'avoir deux patients de même sexe portant le même nom de famille. Dans ce cas, le double contrôle du nom est important. C'est aussi pour cette raison que nous demandons la date de naissance.

La raison fondamentale pour laquelle nous avons mis en place cette démarche est sécuritaire. Mais, indirectement, celle-ci peut favoriser le dialogue. Il n'est pas évident pour le patient d'engager la conversation avec un transporteur qu'il ne voit que quelques minutes ou avec le personnel médical qui est déjà en blouse verte à son arrivée dans le bloc. Le fait d'engager la conversation sur l'identité peut permettre d'ouvrir la discussion et de rassurer. Le patient peut évoquer ses craintes ou poser une question avant l'endormissement.

Il est stressant pour un patient d'entrer au bloc opératoire, d'être anesthésié, puis opéré. L'atmosphère qui se dégage autour de lui au moment où il arrive est importante. Nous avons à cœur que ce lieu, apparemment hostile, dégage une impression de calme. C'est un peu le professionnalisme des soignants qui est mis en évidence par cette prise en charge ordonnée, rodée, sereine. Ça fait partie de la sécurité : si l'équipe était agitée, si le stress régnait, le risque d'erreur serait plus important.

### UNE SÉCURITÉ OPTIMALE DU PATIENT...

Pour cette patiente, la procédure qui a été suivie par les différents intervenants s'est poursuivie lorsqu'elle était endormie. Elle fait partie de la check-liste qui recense toutes les mesures à prendre pour assurer une sécurité optimale du patient. Qu'ils soient opérateur, anesthésiste, instrumentiste, aide de salle, infirmier, tous doivent effectuer les contrôles de la check-liste qui les concernent. Une fois la tâche terminée, ils doivent apposer leur signature, comme preuve que la procédure a été suivie.

### ... DE L'UNITÉ DE SOINS À LA SORTIE DU BLOC OPÉRATOIRE

Cette liste des contrôles à effectuer comprend 52 items. Elle prend en compte le patient à chaque étape de la prise en charge. Cette dernière commence dans l'unité de soin (dans la chambre du patient); elle se poursuit à l'entrée du bloc opératoire, avant l'anesthésie, avant l'incision et avant la sortie du bloc opératoire.

Un exemple : avant une opération, le patient est préparé dans l'unité; l'infirmière doit préparer le bon patient et apposer une marque à l'endroit de l'opération; elle doit vérifier l'entier du dossier opératoire, voir notamment s'il contient la feuille d'anesthésie et les résultats de laboratoire; elle doit s'assurer que le patient est à jeun, contrôler son état d'hygiène et lui faire retirer ses bijoux et autres piercing afin de réunir les conditions requises pour l'intervention chirurgicale. Puis le patient est emmené au bloc opératoire où il est accueilli par une personne qui vérifie sur la check-liste que tout a été fait selon la procédure avant de commencer elle-même ses propres contrôles.

Autre étape : la pause avant l'incision. Une fois que tout est prêt – le patient a été désinfecté, il a été champé (recouvert d'un champ stérile) – toute l'équipe est présente; le chirurgien requiert une pause et un moment de silence durant lequel s'opère à nouveau, juste avant l'incision, un ultime contrôle : outre l'identité du patient, le nom de l'intervention et le côté à opérer, ils contrôlent que le patient est installé correctement. Le chirurgien, l'équipe d'anesthésistes et l'instrumentiste recensent les événements critiques qui pourraient intervenir et le matériel dont ils pourraient avoir besoin en cas de difficultés. Ils s'assurent que le patient a bénéficié de la prophylaxie antibiotique s'il y a lieu, ils veillent à ce que l'imagerie indispensable soit visible. Cet espace de communication entre les différents intervenants autour du patient est extrêmement important.



### UNE CHECK-LISTE RIGOREUSE

La check-liste, recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), est de plus en plus utilisée dans les pays occidentaux. Elle est par ailleurs obligatoire en France. Il y a un peu plus de deux ans, l'HNE, sur la base des recommandations de l'OMS et de la Fondation Suisse pour la sécurité des patients, en a créé une qui se veut particulièrement rigoureuse, puisqu'elle débute déjà au lit du patient. Actuellement, l'Hôpital neuchâtelois affine l'analyse des check-listes dans le but d'améliorer encore la sécurité des patients.

Marie-José Auderset



Une brochure présentant la maternité vient de sortir de presse. Vous pouvez l'obtenir auprès de : HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds ou par courriel à : hne.mag@ne.ch



Les visites sont autorisées de 9 heures à 20 heures et libres pour les papas. Les soins et la présence restent prioritaires. Nous pourrions demander à votre famille ou amis de sortir le temps nécessaire.



CONTACT / INFOS / ABONNEMENT ...

## Notre journal, votre journal

**NOUS JOINDRE.** Vous aimeriez réagir à un article, vous avez une information qui peut intéresser les lecteurs, vous aimeriez que la rédaction traite d'un sujet particulier ? N'hésitez pas à en faire part à Muriel Desaulles à l'adresse suivante : hne.mag@ne.ch ou HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds.

**LIRE HNEmag'.** Ce journal paraît trois fois par année. Il est à votre disposition dans le hall d'entrée des 7 sites de l'HNE, dans les salles d'attente, dans les cabinets médicaux et sur notre site internet, à l'adresse suivante : <http://www.hopital-ne.ch>

**RECEVOIR HNEmag'.** Si vous désirez recevoir HNEmag' personnellement, renvoyez-nous le formulaire d'inscription.

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Je désire m'abonner gratuitement à HNEmag', qui paraît 3 fois par année.

Signature : \_\_\_\_\_

Envoyez le formulaire à l'adresse suivante : HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds ou par courriel à : hne.mag@ne.ch

# Sécurité tous azimuts à l'HNE

L'Hôpital neuchâtelois voue une grande attention à la sécurité des patients et des collaborateurs. Durant son séjour à l'hôpital, le patient se retrouve souvent dans une situation de fragilité. Son état de santé peut être précaire et il est souvent accaparé par des soucis. Il est donc indispensable que l'HNE fasse tout ce qui est en son pouvoir pour lui éviter de nouvelles difficultés. C'est ainsi que l'Hôpital neuchâtelois a placé au centre de ses préoccupations des thèmes aussi divers que la prévention des infections, la lutte contre les bactéries nuisibles dans la nourriture, l'administration précise et correcte des médicaments, les mesures destinées à éviter les chutes, la protection des données et la sécurité globale des patients et du personnel. De véritables politiques de prévention ont été instaurées auxquelles participe le personnel dans son ensemble soutenu par les spécialistes de chaque secteur. Ce dossier vous propose d'entrer dans ce monde – ô combien sensible – de la sécurité à l'hôpital. Bonne lecture !

---

## LA PRÉVENTION DES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS

L'Hôpital neuchâtelois entend protéger les patients, le personnel et les visiteurs des risques d'infections liées aux soins (appelées aussi infections nosocomiales). Son Unité de prévention et de contrôle de l'infection (UPCI) met tout en œuvre pour prévenir la transmission des bactéries, virus et autres champignons. Elle organise des campagnes d'information et de sensibilisation auprès du personnel. Elle épaulé les équipes soignantes et médicales lorsqu'un patient est infecté ou porteur de certains types de bactéries afin d'empêcher leur transmission à d'autres patients.



## TRAVAIL DE SURVEILLANCE ET D'ENQUÊTE

Un médecin et trois infirmiers spécialistes en prévention et contrôle de l'infection sont tous les jours en alerte pour traquer ces infections. Ils font un véritable travail de détective dans diverses enquêtes épidémiologiques. Pierre Vanderavero, infirmier responsable de l'UPCI se souvient : « Au mois de décembre, les collaborateurs de la microbiologie nous ont informés qu'un patient était infecté par un entérocoque résistant aux antibiotiques, bactérie qui avait causé bien des soucis dans le canton de Vaud. Face au risque de transmission de ce microbe, nous avons aussitôt mené une enquête. Nous avons ainsi pu retrouver tous les contacts que ce patient avait eus précédemment afin de leur proposer un dépistage et ainsi éviter une épidémie. Nous avons aussi pu informer le personnel soignant pour qu'il sache précisément ce qu'il devait faire. Lors de ce genre d'événements, notre objectif premier est de maîtriser la transmission de ce germe. Nous devons donc être très réactifs et mettre rapidement des stratégies en place. »

## DÉPISTAGE, CONTRÔLE, FORMATION

Ce travail incessant pour prévenir les infections liées aux soins se déploie sous de nombreuses formes. On peut citer le dépistage à l'arrivée des patients à risque, le contrôle de l'environnement, la surveillance de certaines interventions chirurgicales, la formation du personnel de l'hôpital.

## LES MAINS, VECTEURS DE TRANSMISSION DE GERMES

Nous évoquons ici une action de prévention simple et efficace. Allumer un interrupteur, écrire sur le clavier d'ordinateur, serrer la main d'autrui, répondre au téléphone, saisir du matériel, toucher une poignée de porte, se gratter la tête ou le nez. Autant de situations dans lesquelles les mains sont contaminées par des germes. Le principal outil de travail des soignants étant les mains, pour éviter la transmission de germes aux patients, il existe un moyen simple et efficace : la désinfection des mains qui prévient une grande partie des infections liées aux soins. « Nous demandons aux soignants de se désinfecter les mains avec un désinfectant spécifique, relève Pierre Vanderavero. Il est très efficace et irrite nettement moins la peau que les savons. » Un aspect important pour les soignants qui doivent se désinfecter les mains des dizaines de fois durant une journée.

## 5 SITUATIONS DÉLICATES

A l'instigation de l'OMS, l'UPCI demande aux soignants de se désinfecter les mains dans cinq situations usuelles :

- avant de toucher un patient
- avant de manipuler une perfusion ou un pansement
- après avoir fini les soins auprès du patient
- après avoir enlevé des gants
- après avoir eu un contact avec l'environnement du patient

Dans cette lutte contre les infections, la rigueur est de mise. La littérature médicale a en effet démontré le rôle des mains dans le développement d'épidémies.



## LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Dans les cuisines de l'HNE, tout est mis en œuvre pour assurer une sécurité alimentaire optimale. L'organisation des cuisines est simple et très précise; de plus, toutes les règles d'hygiène entrent dans la routine journalière et le personnel y est formé. Cette politique rigoureuse permet d'éviter toute contamination ou propagation de bactéries. Elle est essentielle dans des lieux qui accueillent des patients fragilisés avec, parfois, un système immunitaire défaillant.



### DES EXIGENCES STRICTES

Tout commence à l'arrivée de la marchandise où un contrôle qualité pointu est effectué; la fraîcheur, la quantité et la température doivent correspondre aux exigences les plus strictes; si une défaillance est relevée, c'est le chef de cuisine qui décide s'il accepte la livraison. Puis, les aliments sont immédiatement entreposés séparément selon leur nature (viandes, fruits/légumes, produits laitiers) dans des frigos à une température prédéfinie qui est constamment sous surveillance électronique.

### DANS LA CUISINE DE POURTALÈS

« On cuisine les aliments, explique Thierry Fragnière, chef du service cuisine et restauration, on les refroidit et on les dresse sur assiette. A ce moment-là, le mets est refroidi en moins d'une heure à une température inférieure à 5 degrés. Puis il est déposé dans une chambre de réfrigération ne contenant que des aliments cuisinés. Les rares bactéries restantes ne peuvent pas là non plus se développer. » Le lendemain, l'équipe de cuisine a 2 heures pour sortir les mets cuisinés du frigo et pour finaliser les dressages sur assiette, selon les commandes de repas personnalisées. La remise en température s'effectue dans des chariots-repas très spécifiques.

**DANS LES CUISINES DE LA CHAUX-DE-FONDS, DU LOCLE, DU VAL-DE-RUZ, DE LA BÉROCHE ET DE LA CHRYSALIDE**  
Les repas sont préparés le jour même, selon des règles d'hygiène

tout aussi strictes. Lorsque les aliments sont prêts, ils sont maintenus au chaud au bain-marie, à plus de 65 degrés. Le chef de cuisine effectue le contrôle de température et gustatif final. Puis, les assiettes sont dressées, sous l'œil d'un spécialiste en nutrition et les plateaux-repas sont entreposés dans un chariot spécifique acheminé dans l'unité de soin.

Cette organisation quasiment chronométrée assure une sécurité alimentaire, une qualité nutritionnelle et gustative optimale tout en permettant de servir à la même heure des centaines de repas dans des lieux différents.

### EVITER LES CROISEMENTS DU CRU ET DU CUIT

La structure de la cuisine est également pensée dans les moindres détails, afin d'éviter les croisements entre les aliments crus et cuisinés. Elle est composée de trois zones bien distinctes. Les denrées arrivent dans la première zone qui est en contact avec l'extérieur, notamment avec les livreurs. Une deuxième zone est dévolue à leur transformation et à leur cuisson dans des conditions d'hygiène irréprochables. La troisième zone, dite propre, est réservée aux stockages des mets cuisinés, prêts à la consommation.

### LA TRAÇABILITÉ DES ALIMENTS ET DES DIFFÉRENTS POINTS DE CONTRÔLES

L'hôpital assure la traçabilité de chaque aliment qui passe par les cuisines. A tout moment, il peut savoir quel est le fournisseur, qui l'a contrôlé à son arrivée, qui l'a préparé et cuisiné.



## LE BON MÉDICAMENT À LA BONNE PERSONNE

À l'hôpital, chaque patient reçoit quotidiennement un traitement médicamenteux personnalisé. Il est évidemment essentiel qu'il prenne le bon médicament, au bon dosage, au bon moment et par la bonne voie d'administration, en tenant compte aussi des risques d'interactions avec d'autres médicaments. L'Hôpital neuchâtelois entend éviter au maximum les risques d'erreurs qui peuvent survenir entre le moment où le médecin prescrit un médicament et celui où le patient le consomme. Il s'est associé à un projet conduit par la Fédération des hôpitaux vaudois, consacré à la sécurité dans l'administration des médicaments.

### AMÉLIORER L'IDENTIFICATION DU PATIENT

De cette vaste réflexion, un premier constat s'impose : il est essentiel d'améliorer l'identification des patients. En effet, l'étiquette au pied du lit qui donne le nom du patient n'est pas totalement fiable : elle identifie le lit plutôt que le patient. En effet, quand ce dernier est pris en charge pour un traitement par exemple, il peut être transféré dans un autre lit, l'étiquette peut tomber ou encore elle peut être changée tardivement après le départ du patient.

### LE BRACELET D'IDENTIFICATION

Les soignants et les médecins doivent s'assurer qu'ils sont en présence du bon patient. Comme la majorité des hôpitaux, l'HNE a ainsi décidé que chaque patient reçoit à son admission un bracelet d'identification, avec son nom, son prénom et sa date de naissance. René Vuillemin, directeur adjoint des soins, est chargé de la généralisation de cette nouvelle procédure : « Lorsqu'un collaborateur intervient auprès du patient, il doit s'assurer de son identité. Pour ce faire, il a deux solutions : il vérifie le nom sur le bracelet et/ou il demande à la personne de décliner son identité. Il doit agir ainsi chaque fois qu'il lui administre un traitement, qu'il lui fait un examen, une prise de sang ou tout autre geste invasif, ainsi que lors d'une intervention chirurgicale ou d'un transfert. »

### UN FAISCEAU D'ÉVÉNEMENTS

La procédure d'identification peut paraître étonnante, car les soignants connaissent leurs patients et peinent à s'imaginer qu'ils peuvent se tromper. « C'est vrai la plupart du temps, estime René Vuillemin. Mais la réalité montre que tous les professionnels de la santé peuvent commettre des erreurs. La plupart du temps, elles sont liées à un ensemble de facteurs présents au même moment, un faisceau de circonstances défavorables qui interfèrent et contribuent à ce qu'un événement indésirable ait lieu. Des erreurs peuvent donc se produire dans un contexte particulier indépendamment du niveau de compétence des collaborateurs et de leur volonté de fournir des prestations de qualité. »

### IMPLIQUER LES PATIENTS

Les patients de leur côté acceptent pour la plupart de porter le bracelet d'identification. Ceux qui refusent doivent simplement décliner plus souvent leur identité. « Certains patients sont un peu inquiets, explique François Kundig, médecin-adjoint au service de Médecine à La Chaux-de-Fonds et membre de la Commission qualité clinique et sécurité des patients. Si par exemple un anesthésiste discute avec l'un d'eux durant une demi-heure le soir et que le lendemain il lui redemande son nom, c'est déroutant pour le patient s'il n'en connaît pas la raison. L'idée s'impose donc peu à peu d'impliquer le patient dans sa propre sécurité. Nous lui expliquons ce que nous faisons et les avantages qu'il peut en retirer. »





### L'ANALYSE DES INCIDENTS

L'identification systématique des patients a été mise en place suite à l'analyse des causes d'erreurs signalées dans les déclarations d'incidents faites par le personnel dans les hôpitaux. René Vuillemin en est convaincu : « il est essentiel d'apprendre de nos erreurs. Par exemple, nous faisons une analyse systématique des incidents graves ou à haut risque qui sont annoncés par le personnel soignant et médical. Cette réflexion permet d'identifier les facteurs qui influencent l'apparition des erreurs. De cette manière, nous pouvons proposer et mettre en œuvre des mesures qui visent à diminuer au maximum les risques que les patients peuvent encourir au sein de l'hôpital. »

### PRESCRIPTION MÉDICALE INFORMATISÉE

L'HNE focalise aussi son attention sur la prescription de médicaments. Traditionnellement, elle se fait sous forme manuscrite, par le biais d'une prescription ou d'une ordonnance médicale. Ceci peut être source d'erreur. Raison pour laquelle un groupe de travail est en passe de mettre sur pied une prescription informatisée. Dr François Kundig explique la démarche : « La prescription informatisée commencera probablement au début de l'année prochaine avec l'avènement du dossier médical et de soins informatisé (appelé aussi système d'information clinique). L'idée est d'utiliser un programme informatique et des bases de données contenant la liste de tous les médicaments. Il sera configuré de façon à servir de garde-fou. Pour chaque médicament par exemple, les différents dosages possibles seront affichés, ainsi que les éventuelles interactions avec d'autres médicaments. » Il existe plusieurs centaines de médicaments et il est impossible de les connaître tous en détail. Markus Hodel, médecin adjoint au service de Médecine interne, participe au groupe de pilotage qui élabore des propositions pour améliorer la sécurité. « Le projet conjoint avec les hôpitaux vaudois cherche à supprimer un certain nombre de risques : mauvaise prescription, mauvaise lecture de l'ordonnance, mauvaise interprétation, recopiage fantaisiste. »

### DES CODES-BARRES POUR AUGMENTER LA SÉCURITÉ

Pour les médicaments classés à haut risque, une autre précaution est en vigueur : le double contrôle. Un soignant les prépare sur la base de la prescription et un autre vérifie et approuve. « Avec cette nouvelle procédure, précise Dr Markus Hodel, celui qui prépare le médicament devra identifier le patient à l'aide du bracelet ou en lui demandant son nom. » A l'avenir, l'HNE utilisera peut-être des systèmes de codes-barres qui peuvent contenir de nombreuses informations. « Un code-barres personnel pourrait être attribué à chaque patient, note Dr François Kundig. Cette pratique permettrait de diminuer le nombre d'intermédiaires : la prescription médicale serait directement transmise à la pharmacie et les médicaments pourraient être contrôlés au moyen du code-barres du patient. » Actuellement à l'HNE, les chimiothérapies et d'autres médicaments sensibles sont déjà préparés en partie de cette manière.



## LA PRÉVENTION DES CHUTES

Environ une personne sur trois âgée de plus de 65 ans chute au moins une fois par année à domicile. Cette proportion monte à une sur deux pour les personnes de 80 ans et plus. Les risques de chute augmentent encore lors d'une hospitalisation. En effet, le patient atteint d'une pathologie aiguë perd facilement ses repères, notamment parce qu'il peut avoir de la température, qu'il est sous médicaments et qu'il n'est pas familiarisé avec son environnement.

### PROJET PILOTE

Depuis trois ans, l'Hôpital neuchâtelois développe un projet visant à réduire le nombre de chutes dans l'institution. Actuellement, il est en phase d'étude pilote dans l'unité de médecine 1 de La Chaux-de-Fonds ainsi qu'au CTR (Centre de Traitement et de réadaptation) du Locle. Il devrait par la suite être généralisé dans tous les sites. En effet, Yolanda Espolio Desbaillet, médecin cheffe du département de gériatrie, soins palliatifs et réadaptation et Karim Mekdade, infirmier-chef, sont convaincus que la chute n'est pas une fatalité : pour eux, le dépistage précoce des patients à risque, la mise en place d'un plan de soins tenant compte de ce type de risques et l'instauration d'un programme d'éducation, d'information et de prévention peuvent réduire le nombre de chutes.

### DES CHUTES À RÉPÉTITION

On estime que la moitié des personnes qui chutent ont de grands risques de tomber à nouveau. « Cela représente 25 % des plus de 80 ans, précise Karim Mekdade, le principal instigateur des actions sécuritaires concernant les chutes à l'HNE. C'est ainsi que les soignants demandent systématiquement au patient âgé qui arrive à l'hôpital s'il est déjà tombé dans l'année. Si c'est le cas, ils vont organiser des actions de prévention ciblées. Dans le cas contraire, seules les précautions générales sont mises en place. »

### QUELQUES EXEMPLES DE MESURES DE PRÉVENTION GÉNÉRALES

Les soignants aident le patient à étudier la disposition de la chambre en lui montrant où sont le lit, les toilettes, la sonnette; ils sont attentifs à ce qu'il ait tout ce qu'il lui faut à portée de main, notamment ses lunettes au cas où il devrait se lever, qu'il ait suffisamment de lumière pour se déplacer; ils s'assurent aussi qu'il n'y a rien qui pourrait le faire trébucher sur le trajet qui mène aux toilettes et règlent le lit dans sa position la plus basse. Les soignants lui recommandent aussi de demander de l'aide pour se lever.

### ACTIONS PARTICULIÈRES

Lorsque l'équipe infirmière détecte un risque particulier chez un patient, la prévention est personnalisée. « A ce moment-là, explique la Doctoresse Yolanda Espolio Desbaillet, l'équipe fait une évaluation standardisée pour déterminer le niveau de risque. Elle passe en revue tout ce qui peut avoir une influence particulière. A ce niveau-là, d'autres actions peuvent être mises en place, comme le tapis d'alarme qui alerte les soignants dès que le patient se lève, l'adaptation des chaussures, etc. »

### BILAN COMPLET

Si le risque de chute persiste, le corps médical intervient et charge l'équipe pluridisciplinaire d'élaborer un bilan complet. Y a-t-il un problème de dénutrition ? Les médicaments ont-ils des effets secondaires sur l'équilibre ? Le patient est-il désorienté ? Souffre-t-il de démence, de dépression ou de maladie d'Alzheimer ? La réponse à ce genre de questions permet de définir ce qui peut encore être fait pour le patient. Ce peut être par exemple des exercices de renforcement musculaire et d'équilibre, une adaptation des moyens auxiliaires ou une modification de la médication. Ce programme de prévention ciblé sur les risques particuliers relevés lors des bilans d'évaluation permet de diminuer les chutes à l'hôpital et à domicile.

## LA SÉCURITÉ DES PATIENTS, DES VISITEURS ET DU PERSONNEL

L'hôpital est un lieu d'accueil ouvert sur la ville. Cette situation le rend perméable à la violence et à la malveillance venues de l'extérieur. L'Hôpital neuchâtelois peut compter sur son service de sécurité pour concevoir et coordonner des mesures permettant d'éviter certaines situations délicates et de gérer au mieux celles qui se présentent. Il dispose d'un chargé de sécurité épaulé par deux collaborateurs; il a également mandaté une entreprise de sécurité privée sur le site de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds pour gérer les interventions urgentes entre 19 heures et 7 heures du matin.

### VIOLENCE ET MALVEILLANCE

Lorsqu'il y a violence verbale, physique ou psychique, le chargé de sécurité n'intervient pas directement dans les services. Il a mis en place une procédure sur laquelle le personnel soignant et médical peut s'appuyer : « Je prône évidemment le dialogue, explique Philippe Nicoud, responsable de la sécurité à l'HNE. Mais il serait faux de se mettre en danger ou de mettre les patients en danger. Du moment qu'il y a insulte, injure, menace ou agression, le personnel soignant doit appeler la police dès que la situation devient délicate. Ce genre d'événements arrive plus facilement à l'hôpital de Pourtalès qu'à La Chaux-de-fonds. Le premier est en effet situé sur un axe de passage, à proximité du centre-ville et les visiteurs restent davantage dans l'anonymat en raison de la grandeur des locaux. Par contre, le second est hors des grands axes et la configuration de l'entrée permet d'identifier visuellement le visiteur à la hauteur de la loge; le risque d'actes de violence est donc plus faible. »

### DES PATIENTS, LEURS ACCOMPAGNANTS OU DES VISITEURS

Les débordements proviennent principalement le soir et la nuit, notamment au service des urgences. Ils sont souvent provoqués par des patients qui décompensent ou par leurs accompagnants qui s'énervent. « Mais il faut relativiser les choses, précise Philippe Nicoud. Le personnel soignant est surtout confronté à des injures, des incivilités et à l'agitation de certains patients. En 2011, on a tout de même recensé une menace sérieuse et une agression à l'égard du personnel à l'hôpital de Pourtalès; aucun cas n'a été signalé à La Chaux-de-Fonds. »

### PLAINTES ET CONDAMNATION

Lorsqu'il y a incivilité, dommage à la propriété, violence physique ou psychique, l'Hôpital neuchâtelois dépose plainte. Cette manière de faire est dissuasive, constate Philippe Nicoud : « La personne qui se fait condamner par le tribunal hésite à recommencer. D'autant plus qu'il y a déjà eu des condamnations à la prison ferme. C'est une bonne manière de dissuader certaines personnes qui viennent fréquemment à l'hôpital et se montrent agressives à l'égard du personnel et des patients ou qui dégradent le matériel. »

Pour ce qui est des vols en série, l'HNE réussit à retrouver le voleur dans 50 % des cas grâce aux caméras de surveillance, aux témoignages et à la collaboration avec la police.

### BONNE COLLABORATION ENTRE HNE ET LA POLICE

Les deux institutions ont souvent affaire au même public, lorsqu'il s'agit notamment de problèmes d'ivresse, de violence, d'usage de stupéfiants. « Nous nous réunissons facilement pour discuter de la manière d'intervenir, conclut Philippe Nicoud. C'est indispensable, non seulement pour des situations isolées, mais aussi pour organiser la collaboration lors de manifestations de masse ou d'autres situations de crise. »





## DOSSIER MÉDICAL ET PROTECTION DES DONNÉES

Les médecins et le personnel soignant établissent pour chaque patient qui séjourne à l'Hôpital neuchâtelois un dossier médical. Avant toute chose, il faut préciser que ce dossier est indispensable si l'on veut pouvoir apporter des soins adéquats et de haute qualité. Sans ce dossier, il ne serait pas possible de connaître les traitements administrés au patient, son évolution médicale ou ses antécédents hospitaliers. Par ailleurs, la tenue d'un dossier pour chaque patient est une obligation légale.

### DES RÈGLES TRÈS PRÉCISES

La question qui se pose est évidemment celle de savoir qui, au sein du personnel, a accès au dossier. « Seules les personnes qui sont en lien direct avec les soins octroyés au patient y ont accès », note Frédéric Fischer, responsable des archives médicales centrales. « Les règles sont très précises, ajoute Natacha Pittet, responsable des affaires juridiques. Et lorsqu'une décision sur l'octroi d'un accès n'est pas évidente, l'hôpital dispose d'une Commission relative à l'accès aux dossiers des patients qui est chargée de donner son avis. »

### ACCESSIBILITÉ RAPIDE MAIS LIMITÉE

Aujourd'hui à l'HNE, les dossiers sont pour moitié sous format papier et sous forme informatisée pour l'autre moitié. Dans 3 ou 4 ans, tout sera informatisé. Les données numériques telles qu'elles sont conçues à l'HNE ont l'avantage d'être disponibles très rapidement. L'accent a été mis au niveau technique pour que la bonne information soit toujours accessible au bon moment par la bonne personne. « Les risques de divulgation vont être minimisés, souligne Frédéric Fischer. Avec un dossier numérique, il est possible de déterminer avec précision qui a un droit d'accès et, par la suite, de contrôler si les documents consultés l'ont été à bon droit. » Avec le dossier papier, cette forme de contrôle n'est pas toujours évidente à l'interne. Cela dit, quels que soient les systèmes mis en place, « chacun est responsable d'éteindre son PC, de garder ses codes d'accès secrets », précise Natacha Pittet. Ce sont les soignants qui, en fin de compte, assurent la sécurité des données. »

### AVEC L'AVAL DU PATIENT

Lorsqu'il y a des sollicitations extérieures, la transmission d'informations se fait avec l'accord explicite ou implicite du patient. Lorsqu'il s'agit d'informer le médecin traitant, les soignants considèrent que le patient est tacitement d'accord. Mais s'il change de médecin à sa sortie d'hôpital, ce transfert d'informations se fera avec son aval. En ce qui concerne les assurances, les données transmises équivalent au minimum nécessaire pour expliquer la facture. En cas de désaccord de la caisse maladie, les informations pourront être apportées au médecin-conseil. « Un patient pourrait certes refuser la transmission de toute donnée à son assurance, souligne Frédéric Fischer. Ce serait possible, mais il devrait s'engager à payer les frais de sa prise en charge ! »

Finalement à qui appartient le dossier médical ? « Clairement au patient, répond Natacha Pittet. Chaque fois qu'une demande d'accès au dossier sort du contexte médical proche, le patient doit, en principe, donner son aval. » C'est ainsi qu'un adolescent a parfaitement le droit de refuser que son dossier soit transmis à ses parents. Cela peut surprendre, mais c'est assurément dans l'intérêt de chacun que ces garde-fous existent.





« Lors d'une affection liée aux soins, notre objectif premier est de maîtriser la transmission des germes. Nous devons être très réactifs et mettre rapidement des stratégies en place. »

Pierre Vanderavero, infirmier responsable de l'Unité de Prévention et de Contrôle de l'Infection (UPCI)

« Le mets est refroidi en moins d'une heure, puis il est déposé dans une chambre de réfrigération ne contenant que des aliments cuisinés. Les rares bactéries restantes ne peuvent pas se développer. »

Thierry Fragnière, chef du service cuisine et restauration

« Le collaborateur doit s'assurer de l'identité du patient notamment lorsqu'il lui administre un traitement, qu'il lui fait un examen ou lors d'une intervention chirurgicale ou d'un transfert. »

René Vuillemin, directeur adjoint des soins

« Le fait d'engager la conversation sur l'identité peut permettre d'ouvrir la discussion et de rassurer. Le patient peut évoquer ses craintes ou poser une question avant l'endormissement. »

Alain Bastin, infirmier-chef de service urgences, bloc opératoire et soins intensifs

« La prescription informatisée commencera probablement au début 2013 avec l'avènement du dossier médical et de soins informatisé. Il sera configuré de façon à servir de garde-fou. »

François Kundig, médecin-adjoint au service de Médecine à La Chaux-de-Fonds et membre de la Commission qualité clinique et sécurité des patients

« Les soignants demandent systématiquement au patient âgé qui arrive à l'hôpital s'il est déjà tombé dans l'année. Si c'est le cas, ils vont organiser des actions de prévention ciblées. »

Karim Mekdade, infirmier-chef, le principal instigateur des actions sécuritaires concernant les chutes à l'HNE

« Je prône évidemment le dialogue. Mais, du moment qu'il y a insulte, injure, menace ou agression, le personnel soignant doit appeler la police dès que la situation devient délicate. »

Philippe Nicoud, chargé de sécurité à l'HNE

« Le dossier médical appartient clairement au patient. Chaque fois qu'une demande d'accès au dossier sort du contexte médical proche, le patient doit, en principe, donner son aval. »

Natacha Pittet, responsable des affaires juridiques