

CIRS (Critical Incident Reporting System)

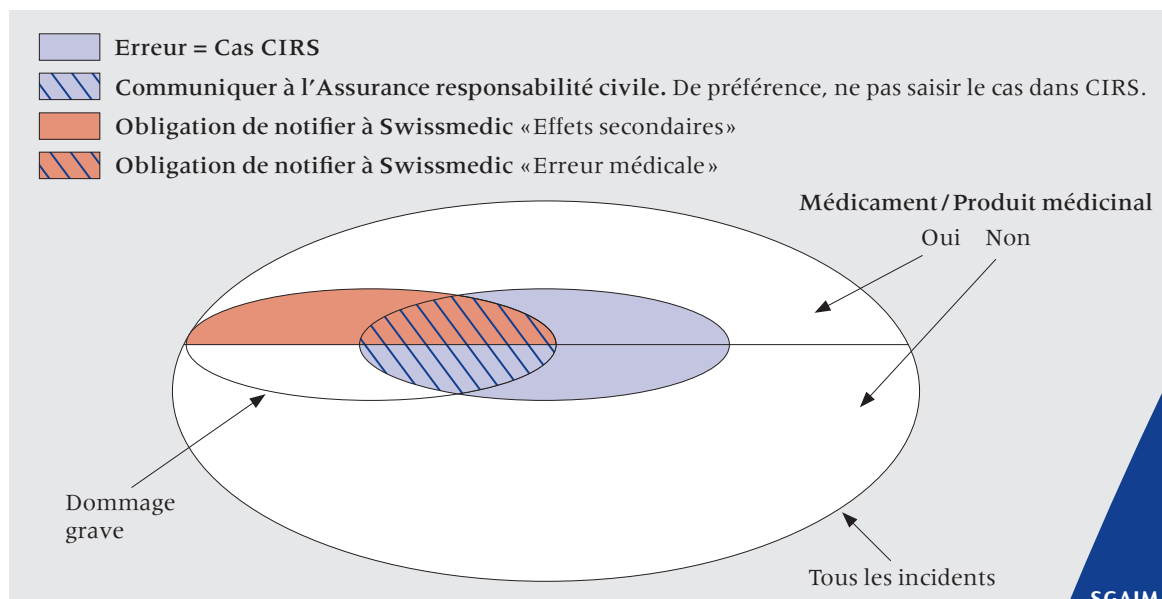
Tirer des leçons des erreurs – un concept pour la pratique

Les systèmes CIRS sont utilisés pour identifier les risques, les erreurs et les incidents critiques et pour rechercher leurs facteurs déclenchants. Cela sert à la sécurité des patients et constitue une caractéristique essentielle de l'assurance qualité en médecine. Des erreurs se produisent partout où l'on travaille. La «Root Cause Analysis» (Quelle est la cause fondamentale de l'incident?) permet de déterminer les véritables causes – souvent complexes – des incidents et d'en discuter. Il convient d'examiner comment le dispositif de sécurité peut être amélioré et de décider des mesures de sécurité qui doivent être prises. L'objectif est de découvrir les erreurs potentielles ou existantes ainsi que les points faibles dans des processus de travail complexes et d'y sensibiliser les personnes impliquées afin d'éviter que des erreurs similaires se reproduisent à l'avenir. Il faut instaurer une culture de la sécurité et de l'apprentissage et permettre également à d'autres d'en bénéficier. Les rapports d'incidents doivent se faire de manière anonyme et le signalement d'un cas dans un système CIRS doit être volontaire.

En cas d'incident, il convient tout d'abord de se poser les trois questions suivantes:

- Est-ce qu'un **dommage significatif** et éventuellement permanent **a été causé à un patient**? Si tel est le cas, il convient d'en informer l'assurance responsabilité civile. Ces cas ne sont pas enregistrés dans la banque de données CIRS.
- S'agit-il d'un cas **qui doit être signalé**? Qu'une erreur ait eu lieu, ou pas, l'incident doit être communiqué à Swissmedic dans les cas suivants: si a) un médicament ou un produit médicamenteux a été impliqué et b) un préjudice grave a été causé au patient¹. De tels effets indésirables doivent être notifiés dans les 15 jours après leur constatation (cf. illustration 1).

Illustration 1: Classification des incidents



¹ En d'autres termes, si l'incident a entraîné le décès du patient, menaçait son pronostic vital, a conduit à une hospitalisation ou à un séjour hospitalier prolongé, a entraîné des dommages graves ou permanents, ou encore que l'incident a dû être évalué comme médicalement important (c'est-à-dire que sans intervention en temps utile, l'une des situations susmentionnées aurait pu se produire). Le délai de notification pour les incidents qui ne sont pas considérés comme graves est de 60 jours.

- Un tel incident pourrait-il **se reproduire**? Il convient ensuite d'estimer dans quel **rayon**: a) uniquement dans son propre cabinet, b) seulement dans une région restreinte, ou c) dans une zone transrégionale une telle erreur pourrait survenir. Si elle n'est probable que dans son propre cabinet, alors il convient d'en discuter avec toute l'équipe. Si l'erreur n'est probable que dans sa propre région, il doit être discuté dans le Cercle de qualité (CQ). Si un cas similaire pouvait se produire n'importe où, il convient de le saisir dans la banque de données anonyme de la SSMIG (www.forum-hausarztmedizin.ch). Cette démarche n'empêche d'ailleurs nullement la discussion au sein du cabinet, voire du Cercle de qualité.

Dans le contexte d'une culture positive de l'erreur, aucun blâme ne doit intervenir. Des incidents dans les soins apportés aux patients se produisent dans tous les domaines et à tous les niveaux. Ils sont rarement le fruit d'une seule action erronée. La plupart du temps, il s'agit d'un enchaînement de petits événements malencontreux qui n'ont pas été détectés et ont conduit à l'apparition de l'incident. Pour une mise en œuvre réussie des mesures de sécurité, une attitude positive à l'égard d'une culture de sécurité et de responsabilité est requise au sein du cabinet. Une attention toute particulière doit être accordée aux processus de soins apportés aux patients et à la communication entre les professionnels de la santé. Lorsqu'un collaborateur s'aperçoit qu'une certaine mesure adoptée est contre-intuitive et est donc sujette à des erreurs, il convient d'en parler au sein de l'équipe pour déterminer le moyen d'améliorer le processus.

Si une erreur s'est produite, il y a souvent deux victimes: à savoir le patient lésé qui en a été l'objet, la « première victime », et – surtout dans les cas plus graves – le ou la professionnel(le) de santé qui a « causé » l'incident, la « deuxième victime ». Il convient d'en prendre note et ces collaborateurs doivent être soutenus en conséquence par toute l'équipe et aussi, si nécessaire, par une aide extérieure.

Concrètement, que doit faire chaque cabinet médical? Lors de la réunion de l'équipe, il convient d'instaurer une culture positive de la sécurité et de la confiance. Il faut discuter de la manière dont les collaborateurs doivent faire face à une erreur qu'ils auraient commise eux-mêmes ou s'ils observent qu'un autre collaborateur a commis une action erronée. Le personnel médical et les assistantes médicales doivent être encouragés à participer à un Cercle de qualité – pour autant qu'il en existe un. Au moins un collaborateur médical, le responsable du CIRS du cabinet, devrait obtenir un login pour le système CIRS de la SSMIG (www.forum-hausarztmedizin.ch) et consulter régulièrement les cas qui y sont décrits. Ceci est important en vue du potentiel d'amélioration du cabinet.

Novembre 2020

Dr Markus Gnädinger, Steinach, SSMIG/SGAIM
Dr Dominique Gut, Lucerne, pédiatrie suisse