

CIRSmedical: une mise à jour

Dr Georg von Below, domaine Assurance-qualité de la FMH
Hanspeter Kuhn, avocat, secrétaire général adjoint de la FMH

La FMH encourage l'utilisation de systèmes de déclaration informatisés d'incidents critiques dans le domaine des soins médicaux. Des réflexions de fond ont été publiées à ce sujet dans le Bulletin des médecins suisses (BMS) [1]. Sont réputés incidents critiques (IC), au sens d'une définition de travail, les événements qui surviennent dans le déroulement du traitement et qui auraient pu entraîner un dommage pour le patient [2]. La saisie systématique de tels incidents sert à développer des processus et des structures (mot-clé: développement de l'organisation) dans le but de promouvoir la sécurité des patients et non l'attribution d'une faute [3].

Deutsch erschienen
in Nr. 26/2003

Étapes d'un système de déclaration d'incidents critiques

Après avoir déterminé le type et l'étendue des informations à réunir concernant les incidents critiques (étape I), ces derniers peuvent être enregistrés au moyen d'un formulaire structuré; CIRSmedical effectue la saisie au moyen d'un formulaire internet (étape II). Les incidents déclarés pourront ensuite être discutés et analysés localement (p.ex. par la commission de qualité d'un hôpital) (étape III), avant que des modifications des processus ou des structures (développement de l'organisation) soient proposées et que les résultats et les ébauches de solution soient documentés (étape IV).

Première étape: définir les informations à saisir en cas d'incident critique

Afin de pouvoir documenter et interpréter correctement les expériences faites et les étapes d'apprentissage, il est nécessaire de standardiser le formulaire de saisie. Il s'agit de trouver un compromis entre le nombre de détails à indiquer, la généralisabilité de l'information, la facilité de maniement et la conformité médico-légale. Le formulaire CIRSmedical comporte plusieurs parties génériques et une partie spécifique.

Partie générique A: données-clés de l'incident

1. Rapporteur

– Qui?

- personnel soignant, assistante médicale, collaborateur médico-technique;
- médecin, pharmacien, chercheur, etc.;

- autres (technique, entreprise, administration, etc.).
- Relation entre le rapporteur et l'incident
 - responsable;
 - auteur de l'incident;
 - appelé à l'aide;
 - observateur;
 - lui-même concerné par l'incident.

2. Patient

– Age

- Type de prise en charge ou d'hospitalisation:
 - planifiée;
 - urgence.

3. Incident

– Type d'incident

- prévention: monitoring, soins, suivi, etc.;
- pose du diagnostic en soi: inadapté, erroné, ajourné, etc.;
- traitement/diagnostic invasif: (opérateur, cathétérisme, etc.);
- traitement /diagnostic non invasif: médication, etc.;
- organisation: communication, planification, sorties, rapports, etc.;
- autres.

– Charge de travail du responsable / de l'auteur de l'incident

- nombres d'heures de travail effectuées jusqu'à l'incident

– Quand l'incident s'est-il produit?

- heure (0 à 24 h)

– Formation du responsable / de l'auteur de l'incident

- collaborateur en formation;
- collaborateur formé, médecin-spécialiste;
- supérieur;
- autres.

– Où l'incident s'est-il produit?

- chez le patient;
- au cabinet médical;
- dans le domaine ambulatoire de la policlinique;
- au service des urgences et du sauvetage;
- dans le domaine opératoire, y compris la salle de réveil;

1 Kaufmann M, Staender S, von Below G, Brunner HH, Portenier L, Scheidegger D. Déclaration anonyme informatisée d'incidents critiques: une contribution à la sécurité des patients. Bull Méd Suisses 2003;84(8):346-50.

2 Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. Br Med J 2000;320(7237):759-63.

3 Wilson T, Pringle M, Sheikh A. Promoting patient safety in primary care. Br Med J 2001;323(7313):583-4.

- aux soins intensifs (Intermediate Care);
- en division hospitalière;
- dans le domaine des services de diagnostic invasif et non invasif;
- dans le domaine des soins aux malades chroniques;
- dans un autre lieu.
- **Groupe professionnel du responsable / de l'auteur de l'incident**
 - personnel soignant, assistante médicale, collaborateur médico-technique;
 - médecin, pharmacien, chercheur, etc.;
 - autres (technique, entreprise, administration, etc.).

Partie spécifique: données-clé de l'incident

- Dans le domaine de responsabilité ou la division hospitalière de
 - médecine générale;
 - anesthésie, médecine intensive;
 - chirurgie;

Contexte spécifique d'un incident critique

Pour chaque domaine de responsabilité, des données spécifiques sur le contexte du traitement peuvent être fournies, ce que la plupart des sociétés de discipline médicale ont déjà fait. La Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SSGO) a par exemple défini des questions spécifiques portant sur les contextes d'incidents suivants: *gynécologie, ambulatoire, opératoire/anesthésie, endocrinologie, chambre pré-partum, salle d'accouchement, division post-partum, service hospitalier.*

Définitions de problèmes liés à des contextes spécifiques

Pour chaque élément de la liste des contextes de traitement, il est possible de déterminer des problèmes spécifiques. Vous trouverez des exemples à l'adresse internet suivante: <http://www.cirsmedical.ch>.

Pour les sociétés de discipline médicale

Le domaine Assurance-qualité de la FMH est à votre disposition pour l'élaboration de questions spécifiques à votre discipline (courrier électronique: gbelow@hin.ch, tél. 031 359 11 11)

- gynécologie et obstétrique;
- médecine interne et disciplines apparentées;
- pédiatrie, néonatalogie;
- psychiatrie;
- services de diagnostic;
- pharmacie (circulation des médicaments);
- autres (entreprise, administration, etc.)
(état début avril 2003)

Partie spécifique du formulaire CIRSmedical

Partie générique B: causes, stratégie pour la mise en place de solutions (descriptif, texte libre)

- *Que s'est-il passé? Veuillez décrire l'incident.* (Description du cas jusqu'au moment de l'incident sans indiquer de détails qui permettraient de vous identifier ou d'identifier le patient)
- *Veuillez décrire le mode de gestion et les conséquences de la situation (à partir du moment de l'incident)*
- *Résultat* (si déjà connu)
 - résultat indépendamment de l'incident;
 - satisfaction du patient, interruption du traitement;
 - hospitalisation prolongée;
 - hospitalisation non planifiée d'un patient ambulatoire;
 - transfert non planifié aux soins intensifs;
 - morbidité minime;
 - morbidité importante;
 - décès.
- *Évitabilité*
 - l'incident aurait pu être évité;
 - l'incident n'aurait pas pu être évité.

Estimation

- *Quel événement a conduit à l'incident?*

Facteurs personnels

- attention réduite sans manque de sommeil;
- attention réduite liée à un manque de sommeil;
- maladie;
- connaissances et compétences professionnelles insuffisantes;
- charge de travail très élevée;
- charges privées très importantes;
- planification erronée de la marche à suivre;

- non-respect des recommandations pour la pratique clinique, des prescriptions, des listes de contrôle.

Aspects concernant l'équipe/problèmes de communication

- cohésion insuffisante de l'équipe;
- communication équipe chargée du traitement ↔ patient;
- communication au sein de l'équipe;
- communication entre les différentes équipes de traitement;
- communication équipe de traitement ↔ proches;
- communication équipe de traitement ↔ médecin ayant envoyé le patient.

Facteurs systémiques

- personnel insuffisant;
 - environnement inhabituel;
 - pression temporelle en raison d'une éventuelle mise en danger du patient;
 - pression temporelle pour des questions d'organisation;
 - problème de matériel, défaillance technique;
 - problème hiérarchique au niveau de la gestion;
- *Points les plus importants et les plus utiles pour la gestion de l'incident (stratégie d'optimisation)*

Facteurs personnels

- connaissances appropriées;
- habileté;
- expérience;
- attention adaptée à la situation;
- utilisation d'algorithmes appropriés.

Facteurs d'équipe

- bonne organisation/ cohésion de l'équipe (Briefing);
- bonne communication avec les patients;
- bonne communication au sein de l'équipe;
- bonne communication entre les différentes équipes;
- bonne communication avec les proches;
- bonne communication avec les médecins ayant envoyé le patient.

Facteurs systémiques

- monitoring ou matériel supplémentaire;
- remplacement du monitoring ou du matériel;
- personnel supplémentaire;
- remplacement du personnel.

Etape II: installation d'un logiciel de saisie CIRSmedical

Le logiciel CIRSmedical a été élaboré par l'Hôpital universitaire de Bâle en collaboration avec un fabricant de logiciels. Cette application est disponible en plusieurs versions:

- *Version pour un seul ordinateur:* peut être installée en quelques minutes sur n'importe quel PC muni d'un système d'exploitation Windows. Les données sont enregistrées en tant que fichier Microsoft Access sur l'ordinateur local.
- *Version pour réseaux:* au sein d'un hôpital ou via l'internet; peut être utilisée dans diverses configurations:
 - *réseau local:* l'application CIRSmedical sur le serveur intranet de l'hôpital, de la clinique ou du service. Les données sont enregistrées sur le serveur local;
 - *réseau extranet/internet:* CIRSmedical fonctionne par ex. pour une discipline et un groupe fermé d'utilisateurs du réseau HIN (extranet sécurisé) ou par internet au moyen d'une protection avec un mot de passe.

Le secrétariat du domaine Assurance-qualité de la FMH se tient à votre disposition pour vous assister dans l'application de projets concrets ou pour tout complément d'information (par courrier électronique: gkaufmann@hin.ch ou par téléphone au 031 359 11 11).

Etape III: analyse locale des données

L'analyse locale rapide et régulière des informations obtenues est déterminante [4]. Les aspects suivants méritent une attention particulière:

- il convient de définir une équipe (interdisciplinaire) pour la révision CIRS;
- il existe un consensus écrit sur la manière de traiter les déclarations d'incidents critiques: «qu'advient-il de ces déclarations?»;
- pas de transmission à des tiers sans révision;
- toutes les déclarations sont «désidentifiées» avant d'être transmises à des tiers (suppression des noms de personnes ou de lieux, etc.);
- les données sont régulièrement effacées.

4 Carelock J, Innerarity S. Critical incidents: effective communication and documentation. Crit Care Nurs Q 2001;23(4):59-66.

**Etape IV: feed-back au niveau local
et transfert des annonces d'incidents
au serveur national CIRSmedical**

Afin de motiver les personnes concernées à déclarer les incidents critiques, il est essentiel de mettre sur pied une politique d'information systématique quant aux démarches effectuées, aux modifications prévues des modes de fonctionnement et aux activités planifiées. Le système doit porter sur des actes et avoir des implications pratiques (handling relevance), sinon la motivation faiblira et le nombre d'incidents déclarés sera en nette diminution. Le CIRS est le facteur déclenchant pour la prise de mesures visant à développer l'organisation au sens d'une adaptation des processus et des structures (ou

d'une «organisation apprenante»). Ces étapes sont des processus qui dépendent d'un contexte, raison pour laquelle elles doivent se dérouler localement.

Pour que les incidents critiques enregistrés puissent, une fois le processus local d'apprentissage accompli, se révéler utiles également pour *d'autres* soignants, médecins, personnel paramédical ou patients se trouvant dans des contextes de soins *analogues*, une banque de données CIRSmedical nationale sera créée et gérée à l'Hôpital universitaire de Bâle sous la direction du professeur Scheidegger. Afin de réaliser cet objectif, le logiciel CIRSmedical propose une fonction d'exportation simple et facile à utiliser.