



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 7-8 von «PrimaryCare» erschienen.

Alors où en sommes-nous, les médecins de premier recours, dans notre «culture de l'erreur médicale»?

<https://www.cirsmedical.ch/GP depuis 2003>

Andreas Brun

La SSMG a été, en 1999, la première société suisse de spécialistes à aborder de front la question des erreurs médicales et à discuter de la meilleure façon d'en tirer les leçons qui s'imposent. C'est finalement en 2003 qu'une page web, anonyme et protégée par mot de passe, a pu être publiée sur Internet dans le but de permettre à la base d'annoncer les erreurs survenues dans la pratique quotidienne. Chacun peut ainsi faire part de manière totalement anonyme des événements critiques, les «critical incidents» – CI, rencontrés dans la pratique. Un aspect primordial de ce service concerne le fait que les incidents rapportés sont commentés en deux langues et que le site permet aux collègues de consulter et commenter les annonces qui y figurent.

Le faible nombre de visites sur la page d'annonce des erreurs/incidents ...

Au cours de ces trois dernières années, toute une série de situations critiques, typiques de la pratique quotidienne et dont tous les confrères peuvent tirer des leçons utiles, ont été portées sur le site. Force est néanmoins de constater que le nombre d'annonces reste modeste en regard du nombre de médecins de famille; l'interactivité, c'est-à-dire le forum de discussions des cas, est, elle aussi, encore sous-utilisée. Les raisons en sont connues: le seuil d'inhibition face à l'utilisation d'internet, le manque de temps, la protection par mot de passe, les doutes quant au caractère réellement anonyme des informa-

tions. Ces effets inhibiteurs vont très probablement s'atténuer au fur et à mesure de la banalisation de l'évaluation des erreurs médicales, le «critical incident reporting» ou CIR, lorsqu'elles feront l'objet de discussions régulières au sein des cercles de qualité et des autres organes du même genre. Quoiqu'il en soit, on constate que les problèmes liés aux médicaments, les diagnostics manqués et surtout les défauts de communication viennent largement en tête des rapports.

... contraste avec la culture des médecins de premier recours en matière d'erreurs médicales

Il serait cependant faux d'interpréter la faible fréquence des annonces sur internet comme un manque de prise de conscience – de la part des médecins – des erreurs commises et un manque de culture de l'erreur. Car dans toutes les réunions médicales, que ce soit dans le cadre de cercles de qualité ou d'autres groupements, dans les supervisions et les groupes Balint, lors de discussions de cas avec des collègues, des incidents critiques font régulièrement l'objet de discussions animées et constituent toujours de précieuses sources d'informations.

Qu'entendons-nous, les médecins de famille, par CIR?

Je crains que les discussions concernant les erreurs médicales soient toujours reprises par des politiciens et des fonctionnaires de caisses-maladie tentés d'usurper le concept du CIR, s'en attribuant la

paternité et l'utilisant pour alimenter la polémique sur le système de santé. Je crains que le CIR suscite à l'avenir les idées les plus fantaisistes et les espoirs les plus fous. Il suffit de voir comment on tente actuellement d'intégrer le CIR dans les contrats de réseaux, en en faisant un instrument de contrôle, utilisé à des fins politiques et médiatiques, comme des remèdes absolus contre la soi-disant perte de qualité des soins médicaux (leitmotiv: erreur médicale).

Il est donc grand temps pour nous, médecins de premier recours, de nous souvenir de ce que signifie le terme de CIR, qui est malheureusement déjà pratiquement du domaine public, et de réfléchir à la manière dont nous entendons nous en servir.

CIR signifie pour nous médecins de famille (interne):

- une contribution spontanée,
- un cadre confidentiel protégé,
- sans contrainte de temps,
- régulier et structuré.

Il s'agit:

- de reconnaître et documenter, discuter et expliquer les erreurs, presque incidents, pannes dans le domaine du diagnostic, du traitement, de la communication ou de l'administration,
- de prendre des mesures pour éviter qu'elles ne se répètent,
- de contrôler ultérieurement si les mesures entreprises ont porté leurs fruits.

Pour servir de base à une culture de l'erreur intelligente, le contenu de ces différents points doit d'abord être discuté, dé-

fini et complété dans le cadre du groupe; l'idéal serait probablement qu'ils soient explicitement portés à la connaissance du public, en particulier des partenaires contractuels, des médias et des politiciens, ainsi que des nouveaux venus dans la profession.

Les expériences faites dans d'autres secteurs, notamment dans certaines industries à risque ou dans l'aéronautique, montrent que le CIR devient rapidement caduque et que la volonté d'annoncer les erreurs fait immédiatement défaut si les informations ainsi recueillies sont abusivement utilisées à des fins de contrôle, de mise au pas ou de marquage au fer rouge.

Alors, que faire?

Comme il n'existe dans la littérature que très peu de données sur la manière et le lieu où appliquer concrètement le CIR chez les médecins de terrain, il est important de se pencher sur la manière dont est menée la discussion à propos des erreurs parmi les médecins de premier recours de Suisse et comment on pense améliorer la situation dans ce domaine. Une enquête (non représentative) menée dans les réseaux de soins a montré que presque tous

abordent occasionnellement ce thème sous une forme ou sous une autre; parfois de façon structurée, parfois de manière informelle sous le couvert d'une «feuille de vigne» vis-à-vis de l'extérieur.

Le «Practice Assessment» européen (EPA) de swisspep, qui peut servir de base à une certification EQUAM du cabinet, teste cinq indicateurs concrets relatifs à la culture des erreurs médicales¹.

Si un projet de recherche en médecine générale pouvait apporter quelques compléments d'information dans ce domaine, il est fort possible qu'on puisse en tirer une sorte de ligne directrice à laquelle les cercles de qualité, les groupes de discussions et les réseaux pourraient se référer. Nous pourrions également nous appuyer sur ces données dans les discussions avec les représentants du monde politique, des médias et des caisses-maladie, lorsque le thème du CIR sera abordé.

D'ici là, mon souhait demeure de voir tous les intervenants concernés s'en tenir aux principes ci-dessus et qu'ils se rendent régulièrement et aussi souvent que possible, de manière anonyme, à la page d'annonces des CI pour les médecins de premier recours. Une discussion animée sur la homepage à propos des erreurs médicales et éventuellement une rubrique dans notre journal PrimaryCare (intitulée par ex. «La panne de la semaine») inciteront peut-être même ceux de nos collègues qui étaient jusqu'ici plutôt sceptiques à réaliser l'intérêt et l'utilité d'un CIR pour tous.

1 La dimension «Management des erreurs» fait partie du domaine EPA «Qualité&sécurité», évaluée à l'aide de 5 critères lors de la visite au cabinet. L'EPA a recensé des événements critiques dans 86% des cabinets de test. Seul un bon tiers de ces cabinets, en règle générale très innovants, les collecte de manière systématique et tient un journal des événements critiques. Ceux-ci ne sont communiqués à l'extérieur que très rarement, exception faite de l'EPA (par ex. au CIRS). (Communication personnelle beat.kuenzi@swisspep.ch, 14.1.2007).

Pour mémoire

La page d'annonce d'erreurs du CMPR des médecins de premier recours <https://www.cirsmedical.ch/gp> est à disposition de tous les médecins de famille (généralistes, internistes et pédiatres) et peut-être atteinte le plus facilement par le lien figurant sur la homepage de la SSMG www.sgam.ch et www.ssmg.ch ou par la homepage de la SSMI (www.sgim.ch sous «Curiosités»).

On y trouvera également des informations bibliographiques sur ce thème et sur les modérateurs.

Les membres de la SSMG trouveront leur mot de passe dans leur facture des cotisations; on peut aussi le demander auprès du secrétariat de la SSMG (071 988 66 40) et de la SSMI (061 225 93 30) en indiquant le numéro FMH.

Références

- 1 Brun A. CIRSmedical für Grundversorger. PrimaryCare. 2005;3:125-6.
- 2 Kaufmann M, Staender S, von Below G, Brunner HH, Portenier L, Scheidegger D. Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit. Bull Med Suisse. 2002;83(47):2554-8.
- 3 Willimann U. Reden wir mit unseren Patienten über medizinische Fehler? PrimaryCare. 2003;3:762-4.
- 4 Brun A. Erste Erfahrungen mit einem anonymen, internetbasierten Fehlermeldesystem für Grundversorger. Ther Umschau. 2005;62(3):175-8.
- 5 WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
- 6 Pringle M. Significant event auditing and reflective learning in primary care. <http://www.saferhealthcare.org.uk/IHI/Topics/AnalysisandTheory/WhatWeKnow/Significant+event+auditing+and+reflective+learning+in+primary+care.htm>