

Le Critical Incident Reporting System (CIRS) dans les soins ambulatoires primaires

Traiter les situations ou les circonstances susceptibles de porter préjudice à la patientèle dans les cercles de qualité

Forum des cercles de qualité / SSMIG / EQUAM / Fondation Sécurité des patients Suisse

MENTIONS LÉGALES

Ce script a été publié sous forme électronique en mai 2022.

Auteurs et autrices

Adrian Rohrbasser, Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

Katrin Gehring, Fondation Sécurité des patients Suisse

Simone Lanz-Ryf, Association suisse des assistantes médicales (ASAM)

Joël Lehmann M.A., EQUAM Fondation

Andrea Petrig, Association suisse des ergothérapeutes (ase)

Olivier Ryser, Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

Maria Stettler-Niesel, physioswiss - Association Suisse de Physiothérapie

Maria Wertli, Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

Éditeur

Association d'intérêts *Forum pour les cercles de qualité*

c/o Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

Monbijoustrasse 43, case postale

3001 Berne

Tél. 031 370 40 01

quality@sgaim.ch

<https://www.sgaim.ch/fr/programme-liste-des-complications/qualite-au-cabinet/cercles-de-qualite/forum-pour-cercles-de-qualite.html>

Droits d'auteur ou d'autrice :

L'intégralité du contenu du présent script est protégée par les droits d'auteur ou d'autrice et ne peut être utilisée sans le consentement préalable de l'éditeur.

Conception et mise en page

Roger Leuenberger, Berne et SSMIG

Traduction allemand-français

Charlotte Eidenbenz, MA, traductrice professionnelle, La-Tour-de-Peilz

Relecture

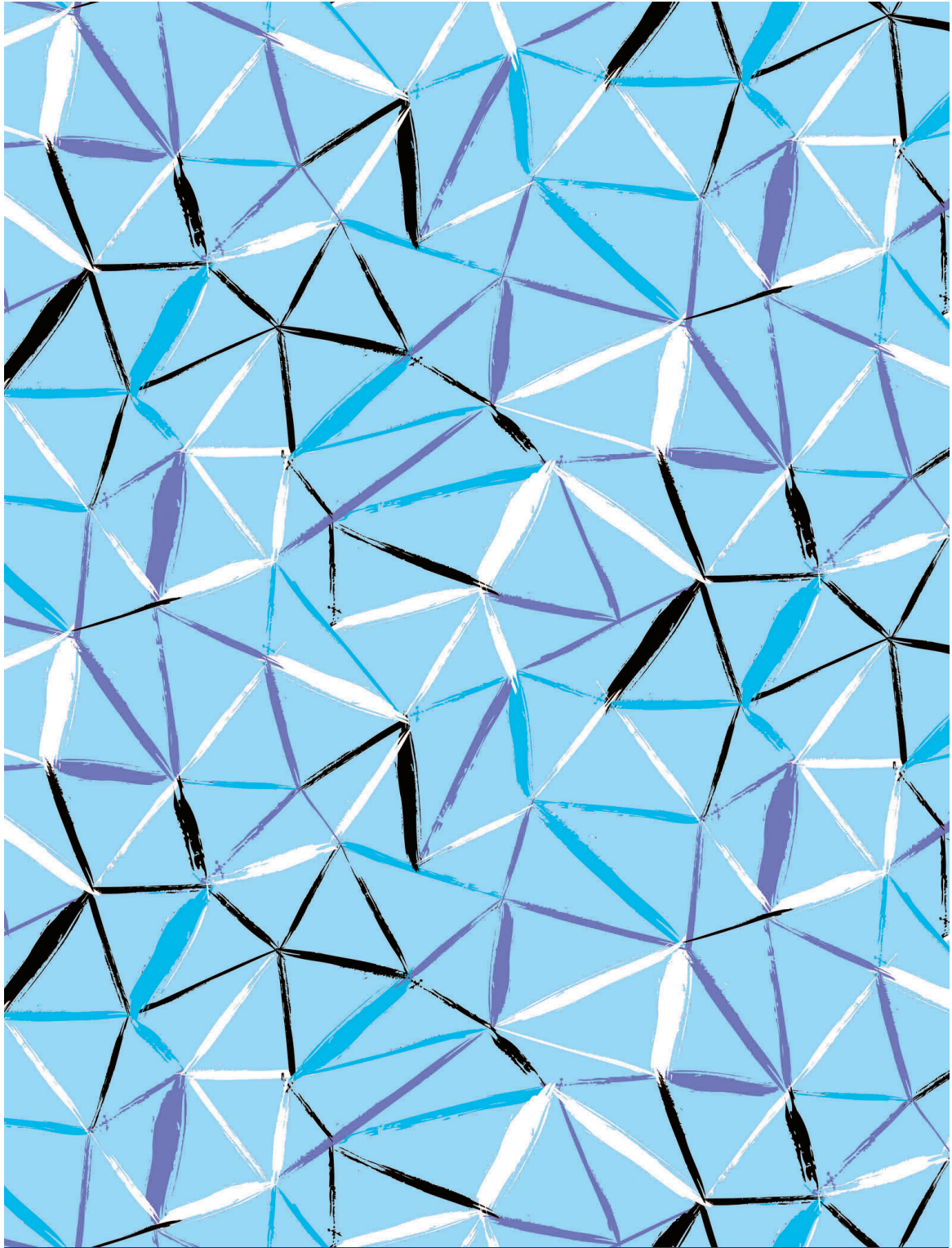
Dr méd. Michael Klay, Oron-la-Ville

Remerciements

Le présent script a pu être réalisé grâce au soutien financier de l'association d'intérêts *Forum pour les cercles de qualité*, la *Société Suisse de Médecine Interne Générale* (SSMIG), l'Association médicale des cercles de qualité *QualiWil* et *Medbase*. Nous remercions Helmut Paula, *CIRNET*, la *Fondation Sécurité des patients Suisse* pour leurs précieuses contributions concernant la situation juridique et la catégorisation des événements susceptibles de survenir dans le cadre d'une prise en charge clinique. Nous remercions en outre le Dr Markus Gnädinger et le Dr Dominique Gut, auteurs du concept pour le cabinet médical « CIRS – apprendre des erreurs », pour leurs commentaires concernant la version finale du script.

Tables des matières

1. Introduction	4
1.1 Le contexte et les objectifs du module	5
1.2 La définition des termes employés	5
1.3 La situation juridique	6
1.4 Les groupes cibles	8
2. Les fondements d'un système de déclaration des événements critiques (CIRS)	9
2.1 Le CIRS au sein de l'organisation/du cabinet et du cercle de qualité	10
2.2 Avoir conscience des risques	10
2.3 Si malgré tout, un événement se produit	11
3. Enregistrer les événements dans le CIRS de l'organisation/du cabinet médical	13
3.1 La nécessité de désigner une personne responsable au sein de l'équipe	14
3.2 Enregistrer les cas CIRS	14
3.3 La culture positive de l'erreur	15
4. Discuter à propos des cas CIRS au sein du cercle de qualité	17
4.1 les différentes configurations dans les cercles de qualité	18
4.2 Préparer les réunions du CQ	18
4.3 La modération	18
4.4 Les différentes possibilités d'entrer en matière	19
4.5 Traiter les cas CIRS dans le CQ	19
5. Quels enseignements l'organisation et le cabinet peuvent-ils tirer du CIRS ?	24
5.1 Les CIRS comme sources d'enseignements	25
5.2 Apprendre au-delà du temps et de l'espace	26
Bibliographie	27
Annexes	30
• Annexe 1 : Recommandations pour la gestion d'un système de déclaration et d'apprentissage (CIRS)	31
• Annexe 2 : Réflexions à propos de Safety I et Safety II	35
• Annexe 3 : Les situations potentiellement problématiques, non médicales, spécifiques à un corps de métier donné	36
• Annexe 4 : Les biais cognitifs	38



Introduction

1. Introduction

1.1 Le contexte et les objectifs du module

Un système de déclaration des événements critiques (Critical Incident Reporting System, CIRS) constitue un outil important permettant d'améliorer la sécurité des patients. En s'appuyant sur l'analyse des événements et des situations rapportés, il s'agit de discuter à propos des problématiques dans une approche interdisciplinaire et de déterminer les mesures d'amélioration à adopter. Un CIRS permet, de façon méthodique, d'identifier les sources d'erreurs, ainsi que les facteurs favorisant la survenue d'événements. Ainsi devient-il possible d'écarter les risques de manière proactive.

Les discussions concernant les déclarations CIRS sont imprégnées d'une culture active et positive de l'erreur, ce qui permet de réduire le risque que des erreurs se produisent à nouveau. Il est essentiel que la gestion active des erreurs se déroule dans un cadre d'apprentissage basé sur la confiance.

Ce module a pour objectif de fournir aux modérateurs et modératrices les fondements nécessaires à discuter et analyser les cas CIRS dans les cercles de qualité et à formuler des mesures d'amélioration.

1.2 La définition des termes employés

« Erreur, événement indésirable, événement indésirable évitable »

En règle générale, la littérature concernant la sécurité des patient·e·s établit une distinction entre les notions d'erreur, d'événement indésirable et d'événement indésirable évitable. Soulignons en passant que les erreurs de traitement au sens juridique du terme ne sont pas concernées ici. Les définitions suivantes sont tirées de Schwappach (2021) [1] :

L'événement indésirable : on entend par là les préjudices potentiels ou réels subis par les patient·e·s en raison de la gestion de la maladie et non de la maladie elle-même. Le préjudice peut être léger ou grave, temporaire ou persistant. Un événement indésirable n'est pas forcément dû à une erreur. Exemple : une réaction allergique à un médicament (par exemple, la pénicilline)

L'erreur : il s'agit d'une action (ou d'une omission) qui n'a pas été réalisée conformément à un plan existant ou pour laquelle il n'y avait pas de plan ou un plan erroné. Les erreurs peuvent, mais ne doivent pas nécessairement, entraîner des préjudices chez les patient·e·s. Souvent, les erreurs sont identifiées à temps et n'ont pas de conséquences (on parle alors de « quasi-événements »). Exemple : la prescription d'un médicament malgré une allergie connue et documentée. Lors de la délivrance du médicament, quelqu'un se rend compte de l'erreur et la prescription médicale est rectifiée.

L'événement indésirable évitable : on regroupe sous ce terme les événements indésirables dus à une erreur. Exemple : malgré une allergie connue, la pénicilline est prescrite et délivrée. Une réaction allergique se produit chez les patient·e·s concerné·e·s.

Exemples d'erreurs diverses :

L'erreur d'exécution : une action est exécutée différemment de ce qui était prévu : par exemple, une confusion a lieu ; une étape prévue est omise ; l'ordre chronologique n'est pas respecté ; l'intention initiale est oubliée. Exemple : confondre deux médicaments d'apparence similaire.

L'erreur dans la planification d'une action : par exemple, les connaissances font défaut ou sont appliquées dans des conditions inadaptées ; une règle incorrecte est appliquée ; la procédure correcte est appliquée au mauvais moment. Autre exemple : l'ignorance qu'un médicament ne doit pas être administré en combinaison avec un certain aliment.

Il convient d'effectuer une distinction claire entre ce type d'erreur et les infractions, c'est-à-dire des violations conscientes des règles, qui peuvent également entraîner des préjudices. Il s'agit par exemple de la dérogation aux routines de sécurité établies, des écarts par rapport au protocole de traitement, mais aussi de sabotage [1].

Les cas CIRS

Par Critical Incident Reporting System (CIRS), on entend un système de déclaration et d'apprentissage. La déclaration de cas CIRS peut être effectuée dans un système numérique global et anonyme, ou dans un recueil au format papier des événements survenus dans le cabinet médical.

Les cas CIRS : Il s'agit de situations ou de circonstances susceptibles d'entraîner un préjudice pour les patient·e·s, des erreurs, des risques, des presque-accidents et des « quasi-événements » dans le cadre de la prise en charge des patient·e·s. Cela consiste à signaler les événements et les circonstances susceptibles de mettre (ou ayant mis) en danger les patient·e·s, leurs proches ou les collègues. On entend par là les événements n'ayant entraîné aucun préjudice au sens juridique du terme (cf. chapitre 1.3) pour les patient·e·s, dans la mesure où cela était identifiable au moment de la déclaration.

Une définition simple des « cas CIRS » au sein du cabinet médical : les cas CIRS englobent les situations ou les circonstances ayant mis ou étant susceptibles de mettre en danger les patient·e·s, leurs proches ou les membres du personnel – autrement dit, les dysfonctionnements du système. Ci-après, l'expression « cas CIRS » est employée au sens de la présente définition.

1.3 La situation juridique

Il est généralement admis que les systèmes d'apprentissage dans les soins ambulatoires devraient être protégés sur le plan juridique de manière à éviter des événements ou des situations indésirables. Après avoir adopté une motion en ce sens [2], le Conseil fédéral a désormais pour tâche de concevoir une base légale en la matière. Celle-ci n'entrera cependant pas en vigueur dans un avenir proche.

Au vu des circonstances actuelles, la procédure suivante est de mise [3] : les déclarations CIRS doivent être saisies de manière anonyme. Pour garantir cet anonymat, il est indispensable de supprimer toutes les informations susceptibles de révéler l'identité des patient·e·s impliqué·e·s ou des personnes ayant signalé le cas. Si nécessaire, les responsables CIRS renforceront davantage l'anonymat des déclarations avant de traiter ou de transmettre ces dernières.

Il convient en outre d'appliquer les principes suivants [4] :

- Aucune référence croisée n'est établie entre les déclarations CIRS et le dossier médical/la documentation concernant le ou la patient·e et d'autres documents médicaux.
- Les cas de préjudices causés aux patient·e·s ayant été saisis dans le CIRS sont supprimés de ce dernier. Les préjudices subis par les patient·e·s sont déclarés à l'assurance responsabilité civile. Les préjudices causés aux professionnels de la santé sont signalés à l'assurance-accidents compétente.
- Les déclarations effectuées dans le CIRS sont sauvegardées séparément au sein du cabinet médical par le ou la responsable CIRS.

Sécurité des patients Suisse gère CIRNET®, le Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK, qui permet aux établissements de santé affiliés de se mettre en réseau au niveau de l'organisation et des domaines de spécialisation pour tirer des enseignements des erreurs à une échelle suprarégionale. Pour gérer un système de déclaration et d'apprentissage, CIRNET recommande de catégoriser les événements ou situations signalés (cf. annexe 1). Les catégories A à D sont rendues anonymes selon la procédure recommandée et sont enregistrées dans le CIRS du cabinet médical. Ces déclarations peuvent être traitées au sein du cercle de qualité (CQ). Les catégories G à I concernent des événements graves et n'ont pas leur place dans le CIRS pour les raisons précitées. Cependant, il pourrait être judicieux de les signaler à Swissmedic (la pharmacovigilance, les incidents survenus lors de transfusions ou la matériovigilance). Bien qu'elles se prêtent bien au système d'apprentissage, les déclarations relevant des catégories E et F posent problème au regard de la situation juridique actuelle. Les événements ayant entraîné ou contribué à un préjudice temporaire, mais qui ne nécessitent aucune intervention majeure au sens de l'annexe 1, ne sont de toute évidence pas rares dans les soins ambulatoires de base. Les professionnels de la santé devraient toutefois continuer à examiner ces événements de manière anonyme, oralement et sans protocole, sans les enregistrer ou les déclarer systématiquement – du moins jusqu'à ce que les conditions juridiques se précisent [5].

Quelques exemples de systèmes de déclaration existants

Un exemple relevant de la pharmacovigilance

Les cas suivants doivent être déclarés à Swissmedic dans un délai de 15 jours : apparition d'effets indésirables graves ou encore inconnus ou d'événements critiques entraînant de graves préjudices. Par « grave », on entend dans les deux cas de figure qu'il y a une évolution fatale, une mise en danger de la vie, une hospitalisation ou la prolongation de cette dernière ou encore des préjudices graves ou permanents (<https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/medicaments-a-usage-humain/surveillance-du-marche/pharmacovigilance.html>).

Un exemple d'événements survenus lors d'une transfusion

Les réactions à une transfusion sont des événements indésirables ou inattendus susceptibles d'être liés à l'administration de produits sanguins labiles. Ces événements doivent être déclarés à Swissmedic, accompagnés de toutes les informations pertinentes et disponibles.

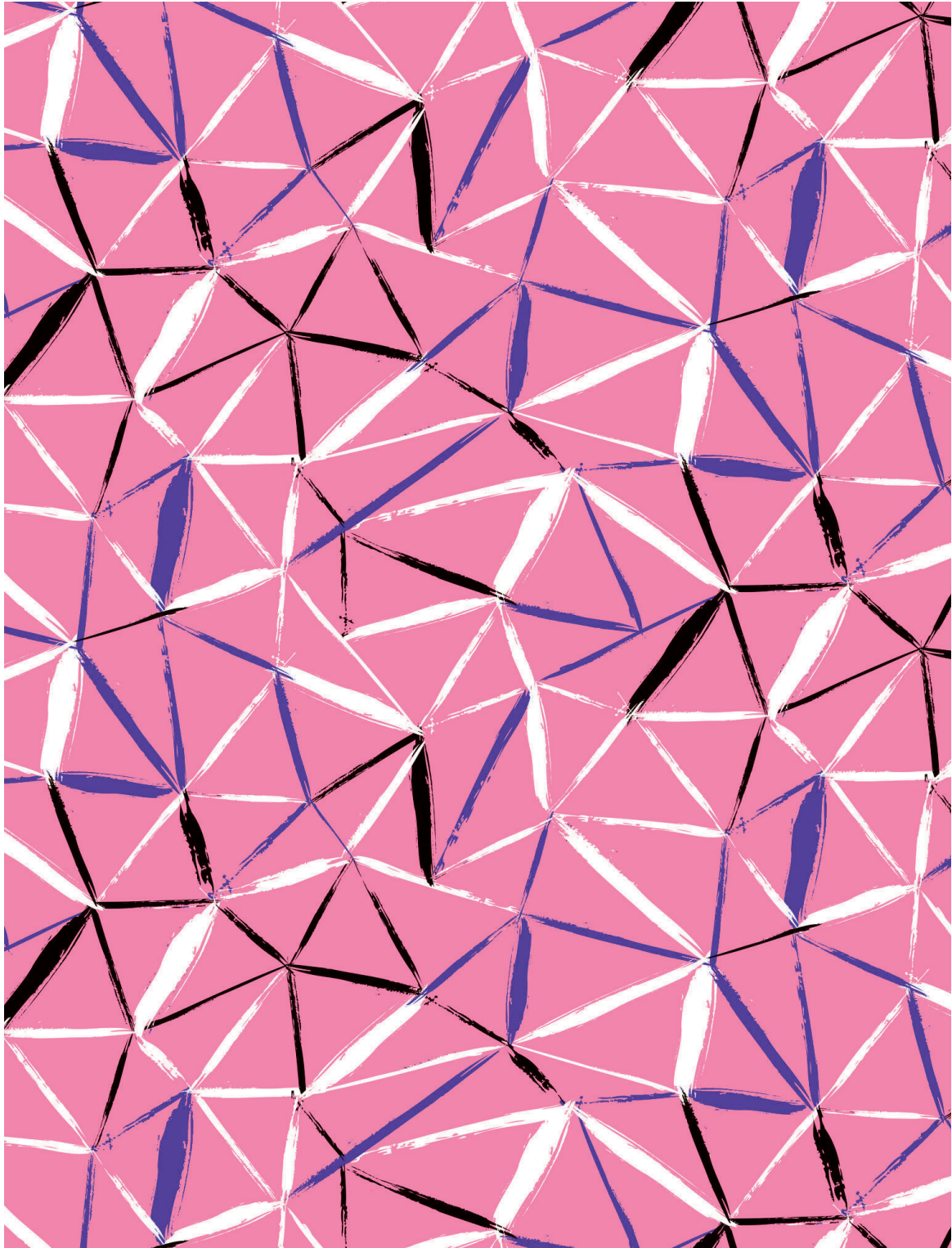
Un exemple relevant de la matériovigilance

La loi sur les produits thérapeutiques prévoit que les utilisateurs et utilisatrices professionnel·e·s sont tenu·e·s de déclarer à Swissmedic les événements graves survenus en lien avec des produits thérapeutiques. Quiconque constate, en sa qualité de professionnel·le, un incident grave lors de l'utilisation de dispositifs médicaux doit le déclarer au fournisseur et à Swissmedic dans un délai de 2 à 15 jours (selon le risque), conformément à l'article 66, alinéa 4 de l'ordonnance sur les dispositifs médicaux ODim (<https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/dispositifs-medicaux/retraitement-et-maintenance/vigilance-mep.html>).

1.4 Les groupes cibles

Tous les groupes professionnels impliqués dans la prise en charge de la patientèle peuvent tirer profit de l'utilisation d'un système de déclaration. Dans les soins ambulatoires de base, un CIRS fait partie des mesures de qualité. Les analyses d'événements peuvent varier selon les groupes professionnels. Néanmoins, ces derniers continuent d'avoir pour objectif commun d'améliorer la qualité des soins et de renforcer la sécurité des patient·e·s.

Selon le groupe professionnel d'appartenance, on parlera de patient·e·s, de personnes concernées, ou encore de client·e·s. Par souci de simplification, seul le terme de patient·e·s est employé dans le présent document.



Les fondements d'un Critical Incident Reporting System

2. Les fondements d'un Critical Incident Reporting System

2.1 Le CIRS au sein de l'organisation/du cabinet médical et dans le cercle de qualité

La sécurité des patient·e·s et du personnel du système de santé est une préoccupation mondiale dans le domaine des services de santé. Elle peut être améliorée grâce à des systèmes de déclaration et d'apprentissage des cas CIRS. La littérature spécifique concernant l'implémentation de systèmes CIRS dans la prise en charge ambulatoire est rare [6]. CIRSforte, un projet allemand de développement des CIRS dans la prise en charge ambulatoire (CIRSforte – Aktionsbündnis Patientensicherheit [7]), est une exception à cet égard. Il avait pour objectif d'encourager les cabinets médicaux ambulatoires à implémenter et développer des systèmes de déclaration et d'apprentissage.

Avant de pouvoir analyser et discuter de cas CIRS dans les cercles de qualité (CQ), il est indispensable d'avoir d'ores et déjà mis en place des systèmes de déclaration et d'apprentissage dans les différents cabinets médicaux ou organisations concernés par les événements signalés. Pour ce faire, il est important de comprendre les concepts et thèmes fondamentaux de la sécurité des patient·e·s [8]. En outre, pour le bon déroulement de ce processus, il est indispensable qu'une confiance mutuelle règne au sein du groupe.

2.2 Avoir conscience des risques

Dans le secteur de la santé, l'environnement de travail est très complexe. Il est impossible de garder le contrôle sur tous les facteurs influençant l'activité. Un événement indésirable ou une situation à risque peut mettre en péril la santé, voire la vie des personnes, des patient·e·s et des membres du personnel du système de santé. En raison de la complexité des interactions et des situations en constante évolution, le secteur de la santé est un domaine à haut risque.

Le terme « risque » désigne à la fois un danger entraînant un préjudice, et sa probabilité d'occurrence. La probabilité qu'une personne soit mise en danger ou subisse un préjudice lors d'un examen ou d'un traitement médical n'est (quasiment) jamais nulle. Il est donc important d'aiguiser sa propre conscience des risques et des dangers lors des tâches quotidiennes et de connaître les domaines dans lesquels ils sont susceptibles de se produire. Pour ce faire, un système de déclaration et d'apprentissage peut s'avérer fort utile.

Voici quelques domaines de tâches quotidiennes dans lesquels des risques peuvent apparaître : *la documentation ; la prescription ; le diagnostic ; le laboratoire ; la gestion des médicaments ; la communication ; la liaison avec les autres praticien·ne·s/soignant·e·s [9] ; l'hygiène.*

2.3 Si malgré tout, un événement se produit

Lorsqu'un événement se produit dans le cadre de soins prodigués à un·e patient·e, le plus important est alors d'éviter tout autre préjudice et d'apporter un soutien immédiat à cette personne qui en subit les conséquences. À la suite d'un événement, il importe également de soigner la communication et les interactions avec les professionnel·le·s impliqué·e·s [10-12].

La communication

Les patient·e·s s'attendent à être immédiatement informé·e·s lorsqu'un préjudice réel ou potentiel a été causés par les traitements médicaux administrés ou les soins prodigués par les professionnel·le·s de la santé, surtout lorsque quelque chose s'est mal passé. Il convient notamment de leur communiquer les faits relatifs à l'événement et les explications de celui-ci (si tant est qu'elles soient connues). Les professionnel·le·s de la santé sont tenu·e·s d'exprimer tout regret ressenti concernant les événements s'étant produits inopinément [11, 13-15].

La deuxième victime

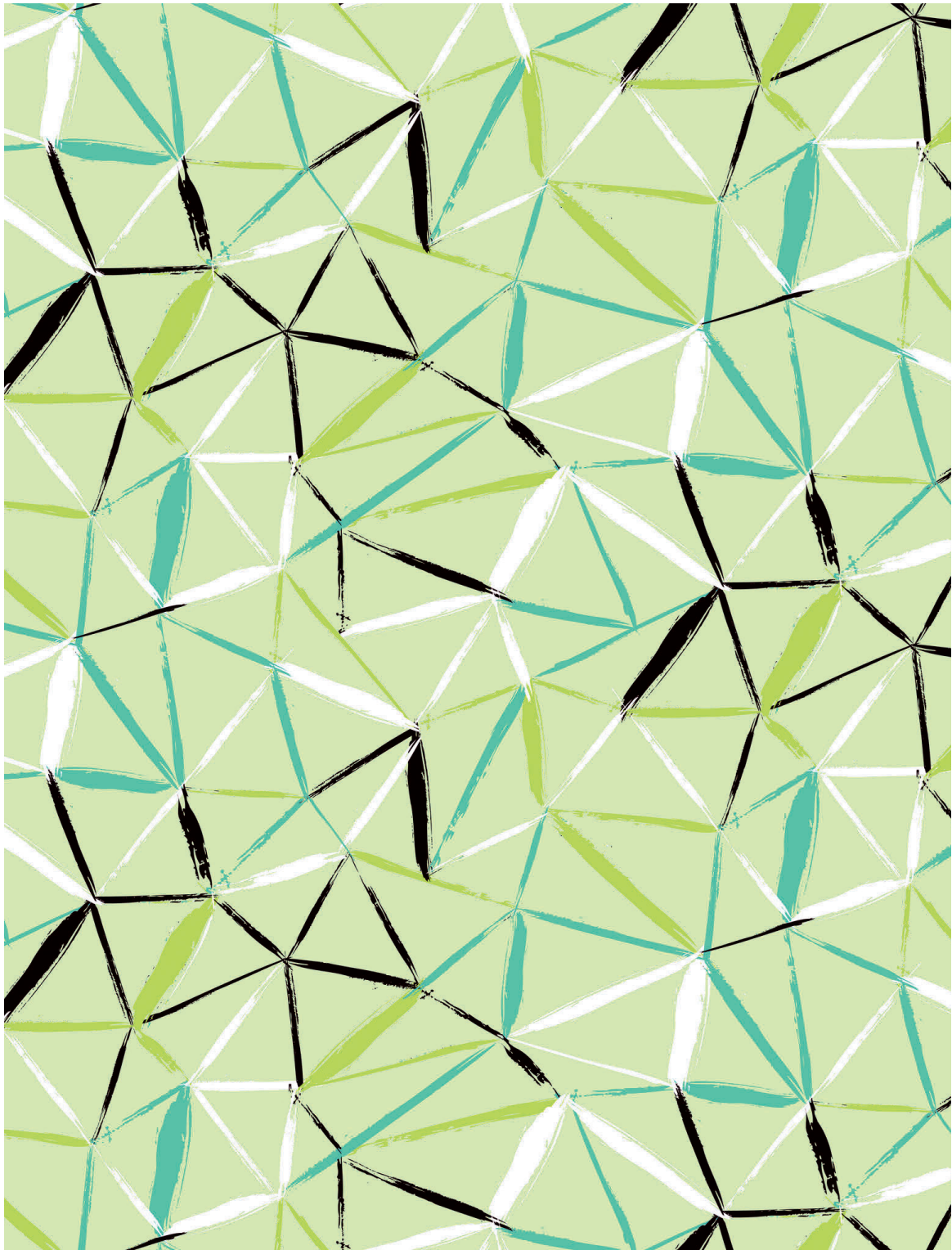
Des événements entraînant des préjudices – réels ou évités de justesse – pour les patient·e·s peuvent avoir un effet domino sur quatre groupes : les patient·e·s et leur famille (1^{re} victime), le ou la professionnel·le de la santé (2^e victime), la réputation du cabinet médical, de l'hôpital ou de la clinique (3^e victime) et les patients de ces derniers qui sont lésés par la suite (4^e victime).

La deuxième victime est le ou la professionnel·le de la santé responsable d'un événement (ou fortement impliqué·e dans ce dernier). Elle peut avoir des réactions sur les plans psychologique, cognitif et/ou physique, avec des répercussions néfastes sur sa vie privée et professionnelle. Il se peut que les professionnel·le·s de la santé victimes de cette situation développent des sentiments de honte et de culpabilité, de l'anxiété, de la tristesse et des symptômes dépressifs qui limitent leur capacité de discernement, voire les empêchent de poursuivre leur activité professionnelle. Le fait d'avoir mis un·e patient·e· en danger ou de lui avoir porté préjudice peut provoquer de fortes réactions chez ces 2^e victimes. [16].

En règle générale, ces dernières ont fortement besoin d'en parler avec leurs collègues. Dans de telles circonstances, l'échange entre collègues, l'empathie et la compréhension sont d'une importance capitale. L'idéal serait qu'un·e collègue expérimenté·e et si possible formé·e, travaillant dans l'entourage direct, et dont le profil professionnel est similaire, établisse un dialogue avec la 2^e victime dans un lieu calme. Cette personne doit être en mesure d'aider la 2^e victime, de l'écouter, de faire preuve d'empathie et de compréhension et de la soutenir sur le plan émotionnel pour mieux maîtriser la situation. Elle veillera à éviter toute accusation et se focalisera sur le soutien qu'elle peut apporter. Les discussions ou l'examen détaillé des soins prodigués ne sont pas utiles à ce stade et doivent être reportés à une date ultérieure [11].

Le réseau de soutien ReMed de la FMH vient en aide aux médecins confrontés·s à de telles situations critiques. Les conseillers et conseillères connaissent les situations auxquelles les médecins sont quotidiennement exposé·e·s et proposent un accompagnement ciblé dans le cadre d'une offre spécialement adaptée aux besoins du corps médical. Tous les entretiens de conseil se déroulent d'égal à égal, de médecin à collègue

[17, 18]. Il serait souhaitable que les autres groupes professionnels aient, eux aussi, accès à un soutien professionnel, en plus de l'aide que leur apportent leurs pairs et collègues.



**Enregistrer les événements dans
le CIRS de l'organisation/du
cabinet médical**

3. Enregistrer des événements dans le CIRS de l'organisation/du cabinet médical

3.1 La nécessité de désigner une personne responsable au sein de l'équipe

Avant d'engager une discussion concernant les cas CIRS au sein du cercle de qualité, il est indispensable de déclarer les cas sur place. Dans un cabinet médical, ce processus est plus aisé lorsqu'une personne a été désignée responsable de la déclaration à l'interne et de la « maintenance et de la gestion » du CIRS. Dans les grands cabinets, une petite équipe peut s'en charger, par exemple un·e médecin et un·e assistant·e médical·e. Idéalement, les professionnel·le·s de la santé déclareront également les cas CIRS pouvant s'avérer pertinents pour des services de déclaration nationaux affiliés aux associations professionnelles telles que le Forum de la médecine de premiers recours (cf. chapitre 5.2 [19]).

3.2 Enregistrer des cas CIRS

Quand l'équipe se charge d'enregistrer les cas CIRS

Tous les membres de l'équipe au sein du cabinet médical signaler les cas CIRS et participer activement à l'examen de ceux-ci. Dans le cabinet médical, l'utilisation d'un formulaire de déclaration, dont le contenu correspond aux exigences locales, a fait ses preuves. Dans le formulaire de déclaration, il peut s'avérer utile de distinguer si une action est nécessaire dans l'immédiat ou ultérieurement à la prochaine discussion. Il est également possible de tenir un journal CIRS. **Il est important de déterminer quelles informations doivent être déclarées dans le CIRS du cabinet médical en question. Cette définition devrait être connue de l'ensemble du personnel.**

D'autres sources

Souvent, les plaintes de la patientèle fournissent des informations utiles sur des cas CIRS susceptibles de se produire. Des études ont montré que ces plaintes constituent des signaux d'alerte précoces. En effet, elles peuvent mettre en évidence des événements sur le point de se produire et fournir des informations sur les angles de mort [20]. Lorsqu'elles sont émises par des services externes (hôpitaux, spécialistes, thérapeutes, etc.), les plaintes constituent en outre un précieux retour de la part des pairs. En outre, le nombre de fois qu'un·e patient·e entre en contact avec le cabinet médical ou d'autres institutions durant une période donnée peut fournir des indices sur l'éventualité d'un cas CIRS. Une fréquence au-delà de trois contacts avec le cabinet ou d'autres institutions en l'espace d'une semaine pourrait être le signe d'un cas CIRS. Par « contact », on entend des appels téléphoniques et des consultations en ambulatoire ou chez le médecin traitant. La délivrance renouvelée de médicaments sans concertation ou consultation avec le ou la médecin peut également être l'indice d'un cas de CIRS [21, 22].

3.3 Une culture positive de l'erreur

La culture de l'erreur désigne la manière dont les sociétés, les cultures et les systèmes sociaux traitent les erreurs, les risques de commettre des erreurs et les conséquences de ces dernières. Pour gérer les erreurs de manière constructive, il est nécessaire de comprendre que des erreurs peuvent se produire (gestion de la qualité et des risques et systèmes de contrôle à l'interne) et de tirer aussi souvent que possible des leçons de ces erreurs (Root-Cause-Analyse : « les erreurs ont des causes systémiques et peuvent donc être corrigées »), plutôt que de les percevoir uniquement comme des événements aléatoires [23, 24].

Les caractéristiques d'une culture positive de l'erreur

Une organisation imprégnée d'une culture constructive de l'erreur a pour caractéristique de créer les conditions pour que son personnel se sente suffisamment à l'aise de parler ouvertement des erreurs survenues, sans craindre de faire l'objet de sanctions ou de discrédit. En outre, elle concentre ses efforts sur la recherche des causes et non sur l'élucidation des responsabilités.

Pour instaurer une culture de l'erreur ouverte et constructive, il est nécessaire d'établir un cadre clair qui permettra de traiter les cas CIRS. Tout le monde participe, donne et reçoit. Les personnes impliquées n'ont pas à craindre de conséquences négatives et les reproches sont strictement écartés. Si des désagréments, voire des préjudices, ont été causés aux patient·e·s, des sincères regrets leur sont exprimés avec empathie. Les cas CIRS signalés sont sauvegardés dans un système voué à l'apprentissage et un retour d'information est adressé en temps voulu à toutes les personnes impliquées. Les données et le processus sont traités à l'interne de manière strictement confidentielle et les membres du personnel reçoivent le soutien de la direction du cabinet médical pour ce faire.

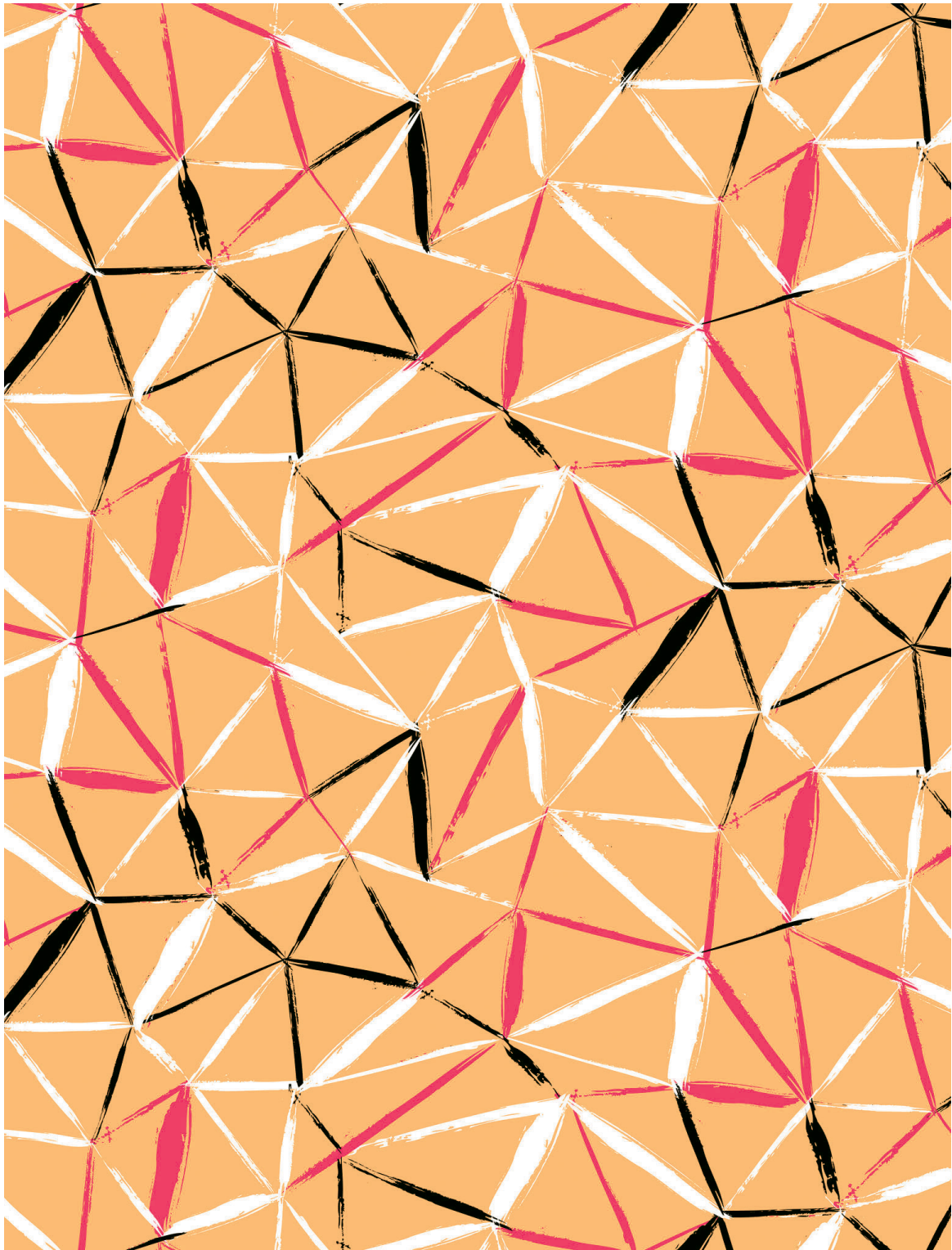
L'importance de la communication dans une culture positive de l'erreur

Le choix des termes employés pour traiter les erreurs joue un rôle important. L'erreur est habituellement associée à la culpabilité et à l'échec personnel. C'est pourquoi il semble plus judicieux de parler de « situations ou de circonstances susceptibles de causer des préjudices aux patient·e·s, à leurs proches ou au personnel », ou encore de « **cas CIRS** », plutôt que « d'erreurs ». Une culture positive de l'erreur veut que chaque individu emploie la première personne du singulier pour s'exprimer avec authenticité. Elle aspire à ce que les personnes impliquées soient reconnues pour leur engagement, traitées avec respect et qu'elles reçoivent de l'empathie en retour. Parallèlement, une telle culture écarte toute sanction. La direction du cabinet médical ou de l'organisation se doit de garder une attitude autocritique, surtout lorsqu'elle rencontre des difficultés à pourvoir des postes de travail.

L'approche systémique d'une culture positive de l'erreur

L'approche centrée sur la personne (selon laquelle celui ou celle qui commet une erreur n'a pas fait suffisamment d'efforts et doit simplement faire plus attention) cède sa place à une approche systémique. Celle-ci présuppose qu'aucun être humain n'est parfait et que, par conséquent, toutes les personnes – les patient·e·s, leurs proches ou les professionnel·le·s de la santé, mais aussi l'organisation, voire la société – peuvent être à l'origine d'un cas CIRS. Le travail quotidien du personnel de santé s'inscrit dans un cadre empreint de différents facteurs capables d'influencer les processus de travail et leurs aboutissements. Le processus d'identification des causes des cas CIRS repose sur

une approche globale de l'ensemble du système dans lequel évolue le personnel. Comme dans le cas d'un iceberg, il s'agit d'examiner les profondeurs et de tenir compte des forces sous-jacentes : le modèle SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) s'avère très utile lorsqu'il s'agit d'obtenir une vue d'ensemble du système, plutôt que de se focaliser sur un seul aspect. En effet, il tient compte non seulement des facteurs d'influence externes pertinents (tels que les décisions politiques ou les réglementations), mais également des facteurs technologiques, organisationnels, professionnels et personnels [25] (annexe 2).



**Discuter à propos des cas CIRIS au
sein du cercle de qualité**

4. Discuter à propos des cas CIRS dans le cercle de qualité

4.1 Les différentes configurations dans les cercles de qualité

La configuration d'un cercle de qualité ainsi que le degré de familiarité avec le thème « CIRS » peuvent fortement varier d'un cercle à l'autre. Les réseaux de médecins et les cabinets HMO ont l'obligation de travailler en CQ, de participer aux CQ et de gérer un CIRS. D'autres cercles de qualité sont constitués de participant·e·s issu·e·s de cabinets individuels qui choisissent en toute autonomie la fréquence et les heures des réunions, ainsi que les thèmes abordés. Quant à la composition des cercles de qualité, elle peut être mono- ou interprofessionnelle. Les participant·e·s peuvent provenir du secteur stationnaire ou ambulatoire.

La procédure suivante décrit comment aborder les cas CIRS dans les cercles de qualité, quelle que soit la configuration de ces derniers. Vous y trouverez diverses propositions concernant les façons d'entrer en matière et les phases d'examen qui s'ensuivent, de manière analogue à une discussion de cas clinique (narration, réflexion, analyse, solutions, mesures).

4.2 Préparer les réunions du CQ

Dans la mesure du possible, il vaut la peine de soigneusement préparer la prochaine réunion du CQ dont l'objet de discussion est un cas CIRS et d'y faire participer le personnel concerné par le cas abordé [10, 11].

Tous les événements ne doivent pas nécessairement (ou ne peuvent pas) être discutés au sein du cercle. Il convient plutôt de déterminer la priorité des cas CIRS en s'interrogeant par exemple sur leur fréquence ou la possibilité de les éviter. Si tous les événements ne se prêtent pas à une discussion au sein du CQ. Les critères suivants permettent de ne retenir que les cas propices :

- Le cas se prête-t-il à être discuté au sein de notre CQ ?
- Nous attendons-nous fortement à en tirer un enseignement ?
- Les risques que le cas CIRS se produise à nouveau sont-ils élevés ?
- Tous les corps de métier ou personnes nécessaires à la compréhension et l'analyse du cas peuvent-elles participer à la réunion ?
- Existe-t-il des problèmes d'interfaces importants qui favorisent l'apparition d'événements ? Si oui, peuvent-ils être optimisés ou résolus ?

4.3 La modération

La personne responsable de la modération en général devrait également l'être au sein du cercle de qualité. S'il s'agit d'un CQ interne au cabinet ou à l'organisation, il est important que les personnes ayant une fonction de direction n'assument PAS simultanément la fonction de modérateur ou modératrice. En effet, la fonction de modération doit être clairement dissociée des structures hiérarchiques. Il importe en outre que le modérateur ou la modératrice soit bien accepté·e par les membres du CQ et perçu·e comme « neutre » [26].

4.4 Les différentes possibilités d'entrer en matière

En sondant l'état d'esprit des participant·e·s au CQ

À quoi mon ressenti tient-il, lorsque je me dis « j'ai vraiment bien travaillé aujourd'hui », ou, au contraire, « ce n'était pas mon jour, je ne suis pas satisfait·e de mon travail » ? Quels événements, caractéristiques ou critères affectent-ils notre état d'esprit individuel, que ce soit de manière positive ou négative ?

En pratiquant le brainstorming avec les collègues

Les participant·e·s au CQ se lancent dans un brainstorming à l'aide des questions suivantes [7] :

- Dans quels processus/activités de votre cabinet médical votre équipe identifie-t-elle des risques ?
- Dans quelles situations vous êtes-vous dit, vous ou les membres de votre équipe, que « ça aurait pu mal tourner » ?
- Dans quels domaines les membres de votre équipe souhaitent-ils davantage de sécurité ?

En rapportant les cas CIRS

Le personnel du cabinet médical ou de l'organisation établit des rapports. Autrement dit, il enregistre les cas CIRS dans le système. Il peut s'agir par exemple d'actes erronés ou d'omissions survenues dans différents domaines au moment d'interpréter un résultat (diagnostic), de doser un médicament (thérapie), de communiquer avec les patient·e·s, lorsque des malentendus se glissent parmi les instructions données aux membres de l'équipe (répartition peu claire des tâches), lorsque des prélèvements sanguins sont malencontreusement intervertis au laboratoire (organisation), etc. Les rapports sont recueillis, triés et classés par la personne responsable CIRS/l'équipe CIRS. Il est également envisageable de décider de ne discuter que certains cas ou certaines situations selon des critères propres au cabinet médical (lorsque le CQ ne concerne qu'un seul cabinet) ou transversaux (lorsque le CQ réunit plusieurs cabinets) ou selon le souhait de l'un ou l'autre membre du cercle [11, 26].

En résumant les cas CIRS survenus au sein du cabinet médical/de l'organisation

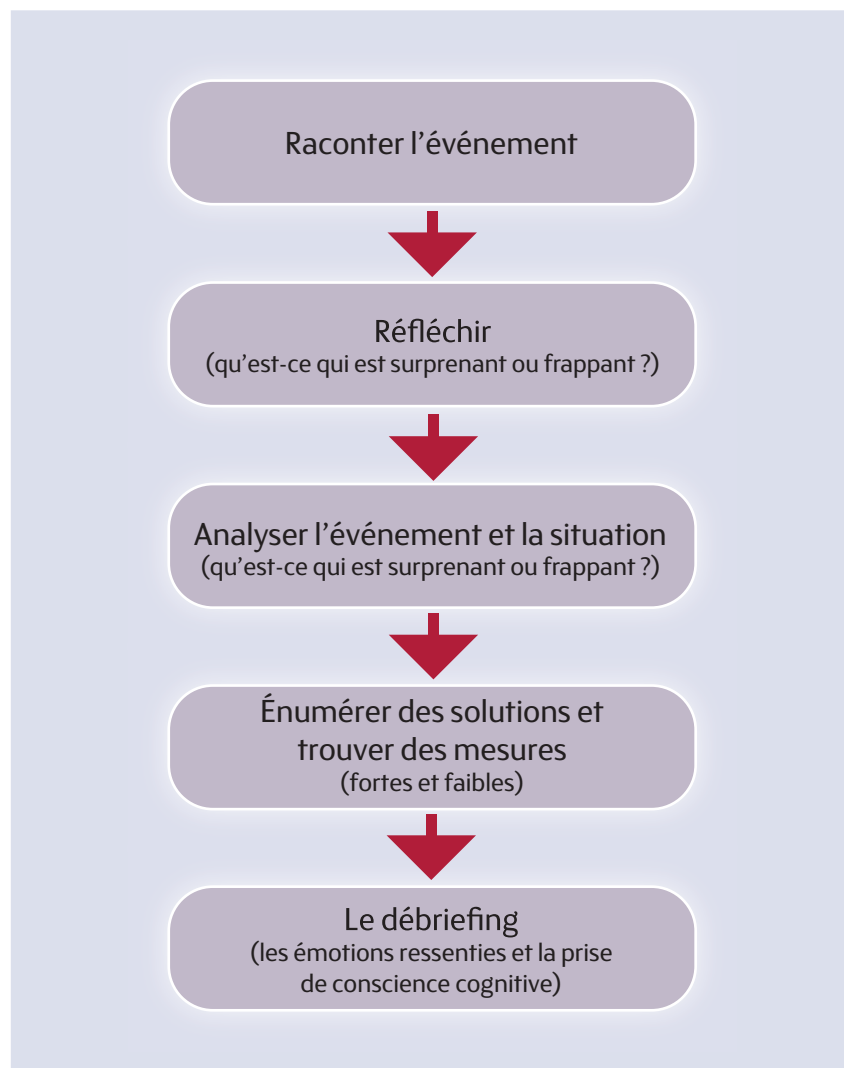
Pour le personnel dans les cabinets de groupe ou en réseau, le recueil des cas CIRS est une simple routine. L'équipe responsable au sein du cabinet médical/de l'organisation établit une synthèse en veillant, par exemple, à distinguer les cas CIRS selon s'ils concernent le diagnostic, la thérapie, la communication ou l'organisation. Cette façon de procéder permet ensuite au CQ, au sein d'un même cabinet, de sélectionner un thème particulier et les exemples de cas y relatifs selon leur répartition et leur fréquence.

4.5 Comment examiner les cas CIRS au sein du CQ

Les paragraphes suivants s'inspirent du manuel intitulé « Cours de formation pour les futurs modérateurs de cercles de qualité » et rédigé par la SSMIG : relater des événements ou rapporter des situations. La personne qui présente le cas CIRS au CQ doit être capable d'en faire le récit par elle-même ou de déléguer cette tâche à d'autres personnes également impliquées dans le cas ou la situation. Les membres du cercle pratiquent l'écoute active et empathique, et se contentent de clarifier les faits, sans porter aucun jugement (la culture du CQ).

Avec l'aide du modérateur ou de la modératrice, la personne qui relate le cas décrit la genèse, le déroulement et les circonstances de l'événement, voire les caractéristiques du dossier médical. Le simple fait de décrire le langage verbal et non verbal du patient ou de la patiente et des tierces personnes impliquées permet aux membres du CQ de se représenter l'événement (par ex. : « Le proche s'est dressé devant moi de façon menaçante et a haussé le ton »). En outre, il est important que la personne qui relate le cas se sente libre d'exprimer ce qu'elle a ressenti durant l'événement (par ex. : « Je me suis senti-e très effrayé-e et déstabilisé-e »). Lorsque le récit de l'événement est livré dans les détails, il peut avoir un effet déculpabilisant pour la personne qui le formule et aider celles et ceux qui l'écoutent activement à mieux comprendre ce qui s'est passé. La personne responsable de la modération du CQ peut demander aux membres du groupe de raconter ce qu'ils ressentent et comment ils auraient géré la situation. En fonction de cette dernière, il se peut que la personne qui relate l'événement se sente trop au cœur de l'attention du groupe (« pourquoi n'as-tu pas... ? »). Le cas échéant, le modérateur ou la modératrice redirigera l'attention du CQ sur les faits et l'expression des ressentis (en employant la première personne du singulier). Car l'objectif à ce stade est non pas de porter un jugement, mais plutôt de comprendre ce qui s'est passé exactement. L'illustration 1 donne un aperçu des étapes de la discussion des cas CIRS au sein du CQ.

Illustration 1 : les étapes clés de la discussion des cas CIRS au sein du CQ



Réfléchir aux événements et aux situations

Les cas CIRS peuvent constituer un terreau fertile d'apprentissage, car ils constituent une opportunité d'approfondir et d'élargir les connaissances acquises. Ce processus d'apprentissage s'appuie avant tout sur l'expérience vécue. La réflexion naît de la confrontation d'une opinion personnelle à celle des autres, qui, divergente, invite à la remise en question. Face aux visages familiers qui composent le groupe, les membres du CQ peuvent se confronter à des points de vue divergents, explorer différents comportements et comparer les conditions cadres envisageables. D'un point de vue psychologique, l'apprentissage par l'expérience favorise également la capacité à gérer des situations nouvelles et inattendues. Il élargit ainsi la marge de manœuvre de chaque individu et le préserve de la stupéfaction [27]. La réflexion sur le cas CIRS et ses conséquences possibles sur l'action à entreprendre nécessite *du temps*.

La méthode de modération consiste à demander au groupe ce qui lui paraît surprenant dans le récit donné et quels sont les éléments nécessitant une réflexion plus approfondie. La discussion ouverte qui en découle permet de recueillir les différents points de vue. Pour laisser place à la réflexion, des pauses devraient être accordées et tolérées. Car la réflexion prend du temps ! Il est important que le groupe se concentre sur le cas CIRS et ne s'égaré pas.

Analyser les événements et les situations

À cette étape, les membres du CQ identifient les causes ayant potentiellement contribué à l'avènement du cas décrit et en discutent. La discussion se déroule dans un climat de confiance et de façon objective et respectueuse. Chacun·e s'exprime à son tour et laisse s'exprimer quiconque prend la parole (la culture CQ).

Un plan erroné ou une exécution insuffisante peuvent conduire à des situations ou des circonstances pouvant porter préjudice au patient ou à la patiente, mais c'est loin d'être toujours le cas. Souvent, une circonstance heureuse ou une personne attentive parvient à empêcher de justesse de tels préjudices. Les cas CIRS se produisent lorsque certaines circonstances s'enchaînent malencontreusement. L'avènement d'un cas CIRS est souvent le résultat d'un processus complexe caractérisé par de nombreuses variables [7, 26].

Penser dans une approche systémique

L'analyse du cas CIRS consiste non pas à trouver des coupables, mais plutôt à comprendre ce qui s'est passé et à en discuter au regard du contexte. Pour examiner les facteurs ayant conduit à l'événement, il est utile d'explorer différents domaines de manière systématique. Menée en groupe, cette discussion a pour objectif d'approfondir la compréhension des raisons pour lesquelles l'événement s'est produit de la manière décrite. Les facteurs suivants, basés sur le modèle SEIPS (cf. annexe 2), devraient être considérés [25] :

- **Les facteurs d'influence externes** (par ex. les décisions politiques, la réglementation, les directives, etc.)
- **L'organisation/institution** (par ex. le travail d'équipe, la coordination, la communication, la culture de la sécurité, le style de direction, etc.)
- **Les outils de travail et la technique** (par ex. les systèmes informatiques, le dossier médical électronique, les dispositifs médicaux, etc.)
- **Les tâches et le mandat de travail** (par ex. les instructions de processus, les normes et les règles, la pression du temps, les exigences cognitives, les interruptions, etc.)

- **L'environnement interne** (par ex. l'infrastructure, l'aménagement du poste de travail comme le bruit ou l'éclairage, etc.)
- **Les personnes**
 - Les collègues (par ex. l'attention, les connaissances, la qualification, l'état de santé physique et psychique, etc.)
 - Les patient·e·s (par ex. la complexité de leur maladie, leurs antécédents médicaux, leur capacité à communiquer, etc.) et leurs proches
 - Les autres personnes travaillant dans le système de santé

Afin d'identifier les différents facteurs pertinents, le CQ répond à des questions approfondies concernant l'événement, et ce, jusqu'à ce qu'il parvienne à trouver une réponse satisfaisante à la question « Pourquoi l'événement s'est-il produit ? »

Les questions suivantes peuvent s'avérer utiles pour entrer en matière et trouver des éléments de réponse :

- Qu'est-ce qui caractérisait cette situation ?
- Qu'est-ce qui était typique, qu'est-ce qui était spécial ce jour-là/à ce moment-là, qu'est-ce qui ne l'était pas ?
- S'agit-il d'un phénomène plutôt général ou d'une situation exceptionnelle ?
- Que s'est-il passé dans l'environnement ?
- Quelle barrière de sécurité a bien fonctionné et laquelle a failli ?

Les problèmes potentiels spécifiques à la profession sont présentés à l'annexe 3.

Les biais cognitifs et les préjugés

Les biais cognitifs sont des erreurs de raisonnement qui se produisent sans que l'on s'en aperçoive et qui sont dues au fait que notre manière de réfléchir est le plus souvent déterminée par des automatismes. Ces erreurs peuvent nous empêcher de tirer des conclusions importantes concernant des événements ou d'identifier des problèmes. Il est donc important de les prendre en compte dans le processus [26, 28].

Lorsque nos perceptions sont biaisées de la sorte sur le plan cognitif, nous sommes inconscient·e·s des préjugés qui affectent nos interprétations, nos pensées et nos jugements, ainsi que notre mémoire. Nos biais cognitifs sont donc des erreurs systématiques de raisonnement qui se répercutent inconsciemment sur nos décisions et opinions personnelles. Lorsque nous réfléchissons, nous prenons souvent des raccourcis que l'on appelle « heuristiques » cognitives et qui nous permettent d'obtenir un résultat immédiat. Dans des situations simples, ces raccourcis donnent très souvent des résultats satisfaisants. En revanche, lorsqu'il s'agit de prendre des décisions dans des situations plus complexes, ces heuristiques peuvent nous conduire à tirer des conclusions et à prendre des décisions qui sont loin d'être raisonnables et fondées. Ainsi, elles ont pour conséquence de biaiser notre prise de décision – un effet que nous appelons « biais cognitif ».

Au sein du CQ, le modérateur ou la modératrice peut demander s'il se pourrait que des biais cognitifs aient été l'une des causes à l'origine de l'événement ou de la situation problématique : la personne pensait-elle dans une seule direction ? Réfléchissait-elle de manière suffisamment autocritique ? A-t-elle pris en compte les éléments improbables et rares ? (Cf. annexe 4).

Déterminer quelles sont les mesures à adopter

La discussion concernant les mesures à prendre a pour objectif de prévenir que des situations identiques ou similaires ne se répètent à l'avenir, de détecter à temps des événements similaires, ou encore de minimiser les dommages importants causés par de tels événements. Durant cette discussion, le modérateur ou la modératrice a pour rôle d'aider le groupe à distinguer les mesures à fort impact des mesures à faible impact. Les mesures axées sur les personnes, telles que les formations, les règles et les directives, les repères et les avertissements ou encore les rappels à l'ordre, sont des mesures dites à impact faible. En effet, elles se focalisent sur l'action individuelle et la capacité d'attention de la personne.

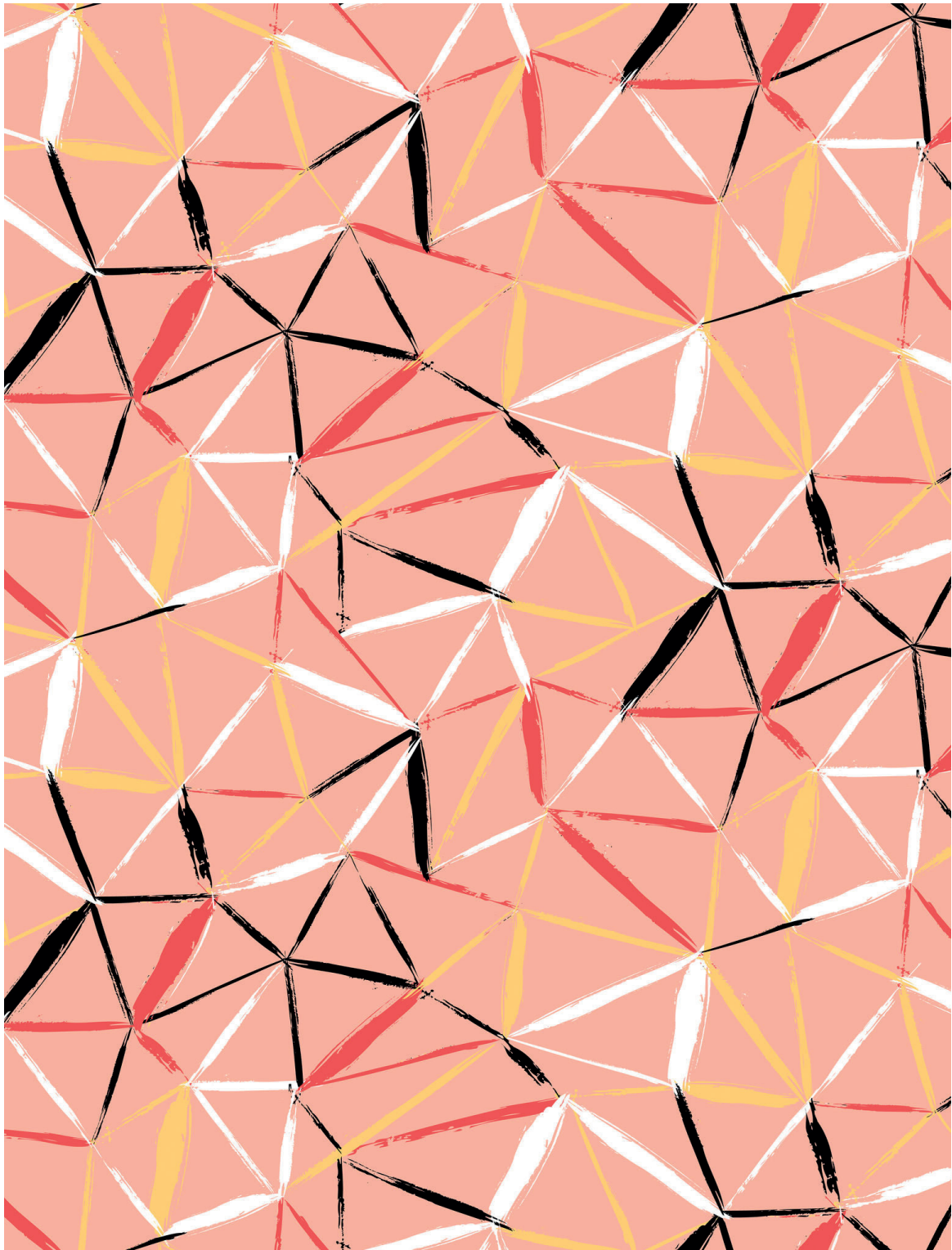
Les mesures telles que les checklists, les aides cognitives, la simplification et la standardisation sont des mesures à impact moyen. En revanche, les mesures systémiques ont un fort impact (cf. la perspective systémique), car elles fonctionnent à long terme, et ce, indépendamment des personnes. Une méthode de travail qui tolère les erreurs implique que « le système doit faire en sorte qu'il soit très difficile de commettre une erreur » [29]. À titre d'exemples, les mesures architecturales ou techniques, les dispositifs techniques de contrôle ou de blocage, les logiciels dont la facilité d'utilisation est intuitive, etc. constituent des solutions qui rendent impossibles les options erronées, qui entraînent inmanquablement la bonne action, qui sont intuitives, évidentes et, dans la mesure du possible, indépendantes des facteurs humains. **Rendre les actions erronées plus difficiles que les bonnes.** Dans la vie de tous les jours, il peut s'avérer difficile, voire impossible, d'adopter des mesures à fort impact, car elles sont souvent chronophages et coûteuses. Aussi, certaines mesures systémiques ne peuvent-elles être adoptées, à moins de changer – ou du moins de mettre à niveau – les logiciels destinés aux médecins. Avant d'implémenter une mesure, il vaut néanmoins la peine de vérifier s'il n'existe pas une mesure dont l'impact serait encore plus conséquent.

Il n'est pas rare de devoir s'y prendre à plusieurs reprises pour trouver des mesures en réponse à des cas CIRS identiques ou similaires. Il est donc important de continuer à établir des rapports, même si « c'est toujours la même chose ». La plupart du temps, à force de répéter les mêmes discussions et approches, des solutions astucieuses auxquelles personne n'avait pensé jusque-là émergent.

Un tour de table pour connaître l'état d'esprit des narrateurs et narratrices (le débriefing)

Cette partie de la réunion a pour ambition d'apporter un soutien émotionnel et psychologique aux personnes qui relatent l'événement. L'objectif est que les narrateurs et narratrices puissent décrire les différentes réactions émotionnelles manifestées durant l'expérience du cas CIRS dont il est question. L'intention est également de leur donner la possibilité de s'exprimer sur le processus qu'ils et elles viennent d'appliquer au sein du CQ, et de synthétiser leur point de vue et les éventuels enseignements qu'ils et elles en tirent.

Pour ce faire, le modérateur ou la modératrice demande aux membres du CQ de décrire comment ils ont vécu le processus. D'une part, les narrateurs et narratrices peuvent s'exprimer sur leurs perceptions cognitives, sur la manière dont le processus vécu a influencé leur manière de penser ou de considérer le cas CIRS. D'autre part, ils et elles ont la possibilité d'exprimer leur état émotionnel, qu'il s'agisse de nervosité, de colère ou d'irritation, d'indifférence, de tristesse ou encore d'accablement. Le modérateur ou la modératrice a pour rôle de reconnaître l'intensité du vécu, tout en soulignant que le sentiment d'échec qu'éprouvent les professionnels de la santé impliqués dans un cas CIRS est hautement prévisible. De plus, il ou elle doit encourager le groupe (c'est-à-dire lui accorder du temps et de l'espace) à prendre la parole à ce stade pour apporter un soutien émotionnel.



**Quels enseignements
l'organisation et le cabinet
médical peuvent-ils tirer du CIRIS ?**

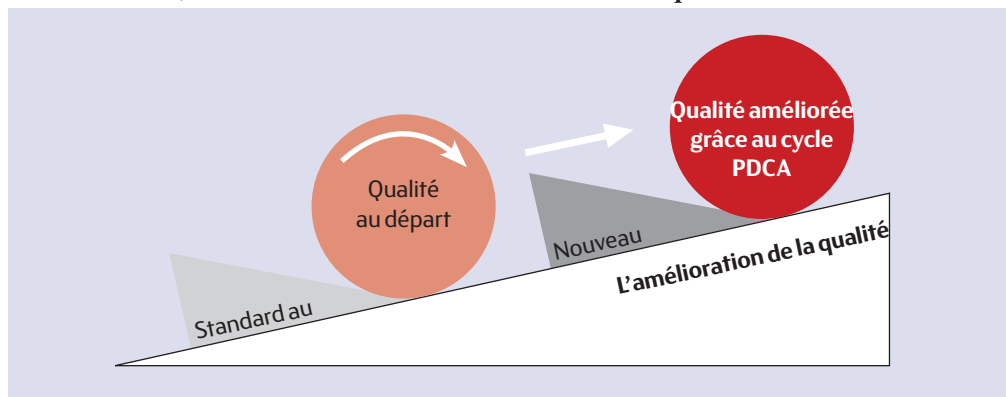
5. Quels enseignements l'organisation et le cabinet médical peuvent-ils tirer du CIRS ?

5.1 Les CIRS comme sources d'enseignements

L'enregistrement des déclarations CIRS au sein des cabinets médicaux n'est pas une fin en soi. Le but ultime est plutôt d'apprendre et de s'engager dans un processus d'amélioration continue. Comme mentionné au chapitre précédent, l'étude approfondie et systématique de cas particulièrement pertinents ou à fort potentiel d'apprentissage déclenche d'ores et déjà un processus d'apprentissage chez les membres actifs du CQ. Cela peut se produire au sein de l'équipe du cabinet médical ou dans un cercle de qualité qui s'étend au-delà de l'organisation.

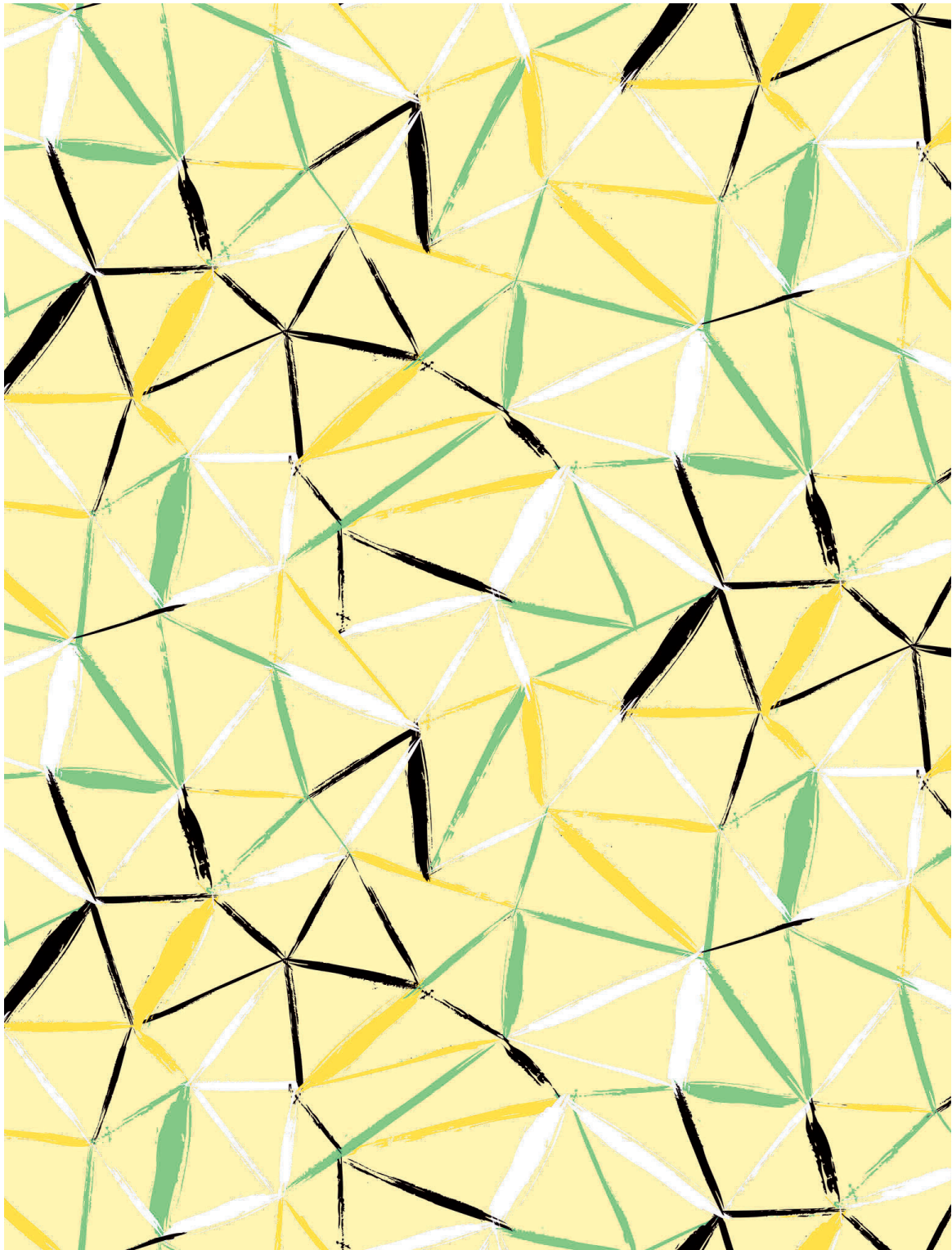
L'un des principaux résultats du processus CIRS est ensuite la mise en place de mesures d'amélioration au sein de l'organisation elle-même. Si un événement est discuté au sein d'un CQ qui regroupe plusieurs cabinets, les mesures d'améliorations nécessaires ne peuvent en fin de compte être déterminées que par le cabinet concerné et avec la collaboration des personnes qui y travaillent. La discussion au sein du CQ peut constituer une source d'inspiration importante à cet égard. Lors de l'implémentation des mesures choisies, des ajustements en fonction de la situation s'avèrent nécessaires. Tout d'abord, les mesures doivent être définies et documentées avec précision, de manière à ce qu'elles puissent être comprises par des personnes qui n'ont pas participé à la discussion ni à l'analyse du cas CIRS. Pour les mesures qui reposent sur un changement de comportement (les mesures à faible impact – voir ci-dessus), il peut s'avérer utile qu'une personne interne au cabinet prenne la responsabilité de vérifier la bonne implémentation de telles mesures. Par exemple, cette personne peut vérifier la mise en œuvre à des intervalles définis et en rendre compte à ses collègues. Lorsque le résultat d'une mesure implémentée n'est pas de nature explicite, il convient d'évaluer si l'objectif visé a été rempli une fois la mesure mise en œuvre : l'événement indésirable ne se produit-il réellement plus ? Une mesure qui n'est pas mise en œuvre comme prévu ou qui ne remplit pas son objectif doit être adaptée ou remplacée. Dans les CQ regroupant plusieurs cabinets médicaux, les mesures d'amélioration formulées avec précision devraient faire l'objet d'un rapport, ce qui permettrait de diffuser l'effet d'apprentissage à une échelle encore plus large. De plus, le fait de savoir que les résultats seront rapportés au CQ augmente la probabilité que les mesures soient mises en œuvre. En effet, les membres souhaitent être informés de leur succès ou de leur échec.

Dans le jargon de l'amélioration continue, le processus itératif consistant à planifier, mettre en œuvre, vérifier, puis améliorer est appelé « cycle Plan-Do-Check-Act » (PDCA) – bien qu'en réalité, il s'agit non pas d'un cycle, mais plutôt d'une spirale d'amélioration : Illustration

Illustration 2: La spirale d'amélioration**Standardiser, c'est assurer un meilleur niveau de qualité !****5.2 Apprendre au-delà du temps et de l'espace**

Au-delà de l'analyse des cas individuels, l'observation globale des déclarations CIRS permet d'identifier des schémas et des thèmes récurrents. Dans le cas des CIRS internes à l'organisation, les efforts fournis pour examiner à plus long terme les déclarations recueillies permet d'identifier plus aisément l'éventuelle nécessité d'une analyse ciblée et, le cas échéant, d'une adaptation de processus spécifiques au sein du cabinet ou de l'organisation. Une telle vision élargie au sein de l'organisation permet en outre de tirer des enseignements positifs : les événements enregistrés dans les CIRS ne sont liés à aucun préjudice à la patientèle. Dans ces situations, les ressources mobilisées pour la sécurité ont souvent bien fonctionné et ont permis d'éviter le pire. Par conséquent, ces déclarations permettent aussi de tirer des enseignements concernant ce qui a bien fonctionné et fournissent des informations importantes susceptibles d'enrichir les enseignements tirés des erreurs commises (cf. annexe 2 : Illustration de la Safety I et Safety II).

Il existe en outre des CIRS inter-organisationnels, comme par ex. le système de déclaration anonyme de la plateforme du Forum de la médecine de premier recours (www.forum-hausarztmedizin.ch) à la disposition de l'ensemble des médecins de famille et de l'enfance (déclarations des catégories A à E, annexe 1), ou le CIRNeT® de la Fondation Sécurité des patients Suisse (<https://www.securitedespatisents.ch/cirnet/>). Grâce à ces systèmes transversaux anonymes ou à l'enregistrement manuel d'un grand nombre de déclarations anonymes provenant de plusieurs organisations, il est possible d'identifier les problèmes affectant plusieurs organisations, voire un système de santé entier. Pour qu'un système de santé soit capable de tirer des enseignements des déclarations CIRS, il est nécessaire qu'une organisation se charge d'analyser lesdites déclarations dans une approche qualitative. Les déclarations doivent être catégorisées et interprétées en fonction de leur pertinence générale et de leurs points communs. Ainsi les connaissances et les recommandations d'actions peuvent-elles non seulement être restituées aux participant·e·s de manière profitable, mais elles peuvent également inspirer des mesures immédiatement applicables au niveau du système et fournir des preuves importantes pour une (auto-)régulation judicieuse au sein du système de santé, par exemple un réseau de médecins.



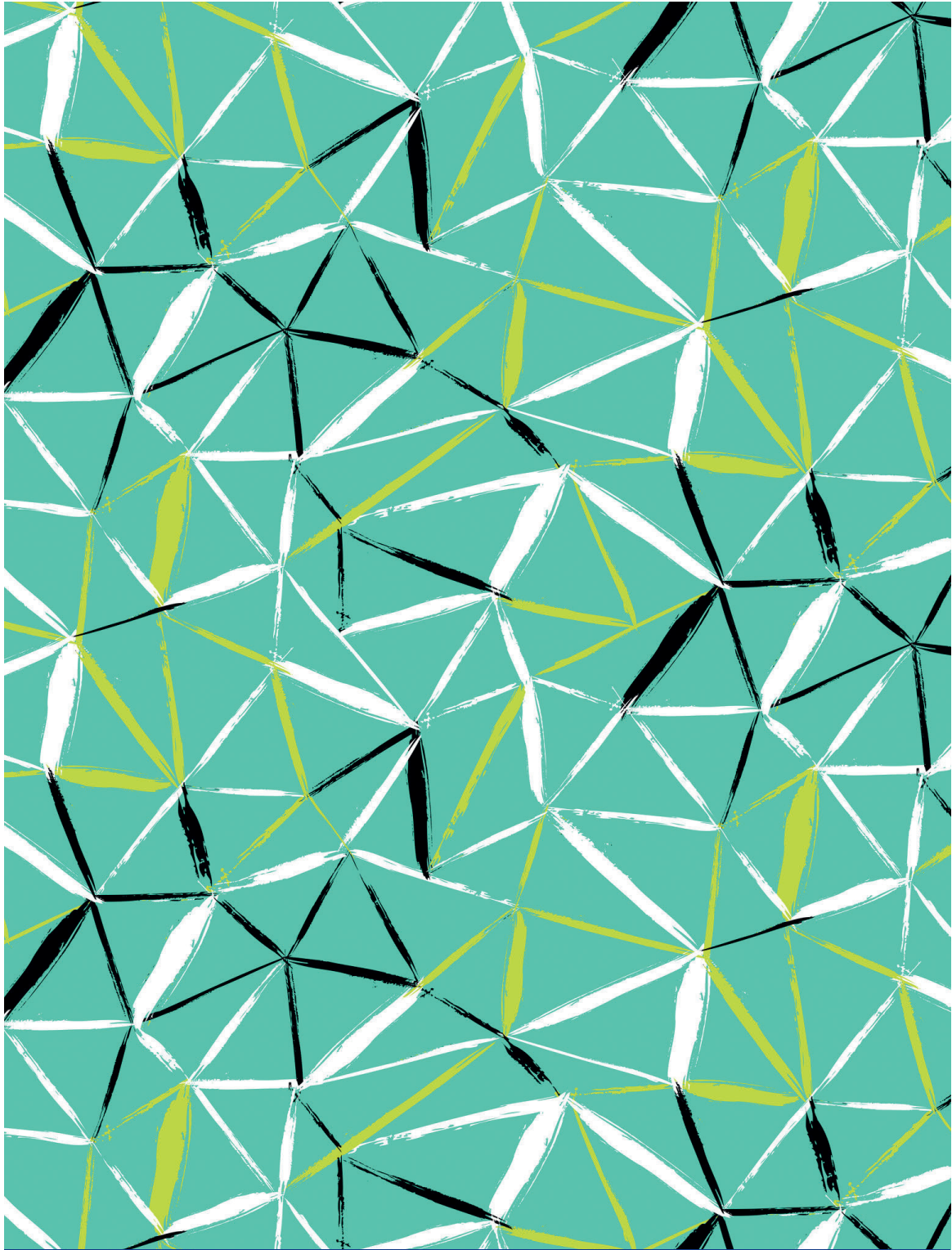
Bibliographie

Bibliographie

Bibliographie

1. Schwappach, D., Patientensicherheit, in Public Health kompakt, M. Egger, O. Razum, and A. Rieder, Editors. 2021, De Gruyter: Berlin/Munich/Boston. p. 161-164.
2. Humble, R., Lernsysteme in Spitälern zur Vermeidung von Fehlern müssen geschützt werden, Natinalrat, Editor. 2018.
3. Kettner, H., Francois, B. Ettl, and D. Conen, Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen, Zürich. 2016: Zürich.
4. Patientensicherheit_Schweiz, Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems (CIRS). 2021, Stiftung Patientensicherheit: Zürich.
5. Patientensicherheit_Schweiz. CIRNET. 2021 [cited 2021 30/11].
6. Gruber, D., T. Blazejewski, and M. Beyer, Fehlermanagement in Der ambulanten praxis. Fokusgruppen MIT Ärztinnen, Ärzten und Medizinischen Fachangestellten: error management in outpatient settings. Focus Groups Involving Physicians and Medical Assistants. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2018. 94: p. 110-5.
7. Lüttel, D. CIRSforte. 2018 [cited 2021 19.02]; CIRS]. Available from: <https://www.cirsforte.de/>.
8. Müller, B.S., et al., Improving critical incident reporting in primary care through education and involvement. BMJ Open Qual, 2019. 8(3): p. e000556.
9. Gnädinger, M. and D. Gut, Schnittstellenprobleme und kritische Zwischenfälle in der Praxis. Primary and Hospital Care - Médecine Interne Générale, 2021. 21(21): p. 412-413.
10. Mira, J.J., et al., Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. BMC Health Serv Res, 2015. 15: p. 341.
11. Mira, J.J., et al., Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. International Journal for Quality in Health Care, 2017. 29(4): p. 450-460.
12. Helveticorum, F.M., Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin, in Empfehlung bei medizinischen Zwischenfällen, FMH, Editor.: Bern.
13. Vincent, C., M. Young, and A. Phillips, Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet, 1994. 343(8913): p. 1609-13.
14. Mazor, K.M., et al., Health Plan Members' Views about Disclosure of Medical Errors. Annals of Internal Medicine, 2004. 140(6): p. 409-418.
15. Gallagher, T.H., D. Studdert, and W. Levinson, Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. New England Journal of Medicine, 2007. 356(26): p. 2713-2719.
16. Schwappach, D., et al., Täter als Opfer-Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen. Vol. 3. 2011: Stiftung für Patientensicherheit.
17. ReMed, L., ReMed: rapport annuel 2018. Bulletin des médecins suisses, 2019. 100(13): p. 458-459.
18. FMH. Remed. 2021 [cited 2021 01/12]; Available from: https://remed.fmh.ch/ueber_remed.html.
19. mfe. Forum für Hausarztmedizin. 2021 [cited 2021 01/12]; Available from: <https://www.forum-hausarztmedizin.ch/cc/app.php/help/faq?sid=6d9f-6f0720bfbcdfa2d6637399a25bf5>.

20. Gillespie, A. and T.W. Reader, Patient-Centered Insights: Using Health Care Complaints to Reveal Hot Spots and Blind Spots in Quality and Safety. *Milbank Q*, 2018. 96(3): p. 530-567.
21. Bowie, P., et al., Searching primary care records for predefined triggers may expose latent risks and adverse events. *Clinical Risk*, 2012. 18(1): p. 13-18.
22. McKay, J., et al., Applying the trigger review method after a brief educational intervention: potential for teaching and improving safety in GP specialty training? *BMC Medical Education*, 2013. 13(1): p. 117.
23. Ricklin, M.E., F. Hess, and W.E. Hautz, Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland - a survey study. *GMS J Med Educ*, 2019. 36(2): p. Doc14.
24. Vasconcelos, P.F., et al., Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. *Public Health*, 2018. 156: p. 147-151.
25. Carayon, P., et al., Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality & safety in health care*, 2006. 15 Suppl 1(Suppl 1): p. i50-i58.
26. Schwappach, D.L., et al., Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in Niedersachsen: Status quo und Weiterentwicklungsbedarf. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2018. 135: p. 34-40.
27. Kolb, D.A., R.E. Boyatzis, and C. Mainemelis, Experiential learning theory: Previous research and new directions. *Perspectives on thinking, learning, and cognitive styles*, 001. 1: p. 227-247.
28. Jger, L. and S. Markun, Systematische Denkfehler im klinischen Alltag. *Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin*, 2021.
29. Pateisky, N., Klinisches Risiko und Fehlermanagement, in *Die Geburtshilfe*, H. Schneider, P. Husslein, and K.-T.M. Schneider, Editors. 2006, Springer. p. 1027-1036.



Annexes

Annexe 1

Recommandations pour la gestion d'un système de déclaration et d'apprentissage (CIRS)

Fondation Sécurité des patients Suisse mars 2021

1. La direction de chaque établissement de santé définit clairement ce qui devrait être déclaré dans son système local de déclaration et d'apprentissage. Cette définition est connue de l'ensemble du personnel. Les cas de patient·e·s ayant subi des préjudices¹ et/ou les cas susceptibles d'entraîner de manière prévisible des procédures pénales ou civiles ne devraient pas être signalés dans les systèmes de déclaration et d'apprentissage. Les techniques de déclaration et d'analyse font l'objet d'une formation et d'exercices.
2. En principe, tout CIRS devrait être conçu de manière à ce que toutes les déclarations puissent se faire dans l'anonymat. Lorsque la personne qui signale le cas décide de son propre chef de révéler sa propre identité, celle-ci ne doit en aucun cas être communiquée à des tiers ; elle peut cependant être connue (du moins initialement) de l'équipe responsable du système de déclaration, qui peut alors demander des précisions. Il est toutefois recommandé de supprimer tous les noms figurant dans la déclaration une fois que le cas a été traité.
3. Dans les déclarations, les passages permettant de tirer des conclusions concrètes sur l'identité d'autres personnes impliquées, en particulier celle des patient·e·s, devraient être supprimés ou rendus strictement anonymes.
4. Les dossiers des patient·e·s ou tout autre document médical ne doivent contenir aucune référence croisée avec les systèmes de déclaration et d'apprentissage.
5. Il est impératif de garantir l'anonymat de tout événement ou toute personne signalée dans un système de déclaration et d'apprentissage, ou du moins d'éliminer toute possibilité de déterminer son identité. Une déclaration CIRS ne doit contenir aucune donnée à caractère personnel. Si, malgré tout, des données à caractère personnel ont été saisies, il convient de les rendre anonymes et d'écarter toute possibilité de déterminer l'identité des personnes impliquées, et ce, avant de traiter, transmettre ou publier l'événement en question.
6. Les événements déjà saisis, et lors desquels des patient·e·s ont subi des préjudices (cf. ci-dessus), sont supprimés du CIRS et, le cas échéant, signalés et documentés dans un système distinct prévu spécifiquement pour les cas ayant causé des préjudices.
Note : les déclarations CIRS étant explicitement liées à des procédures pénales ou civiles déjà engagées peuvent également être supprimées de la base de données ; en revanche, elles devraient être conservées séparément (mais pas dans le dossier médical !).

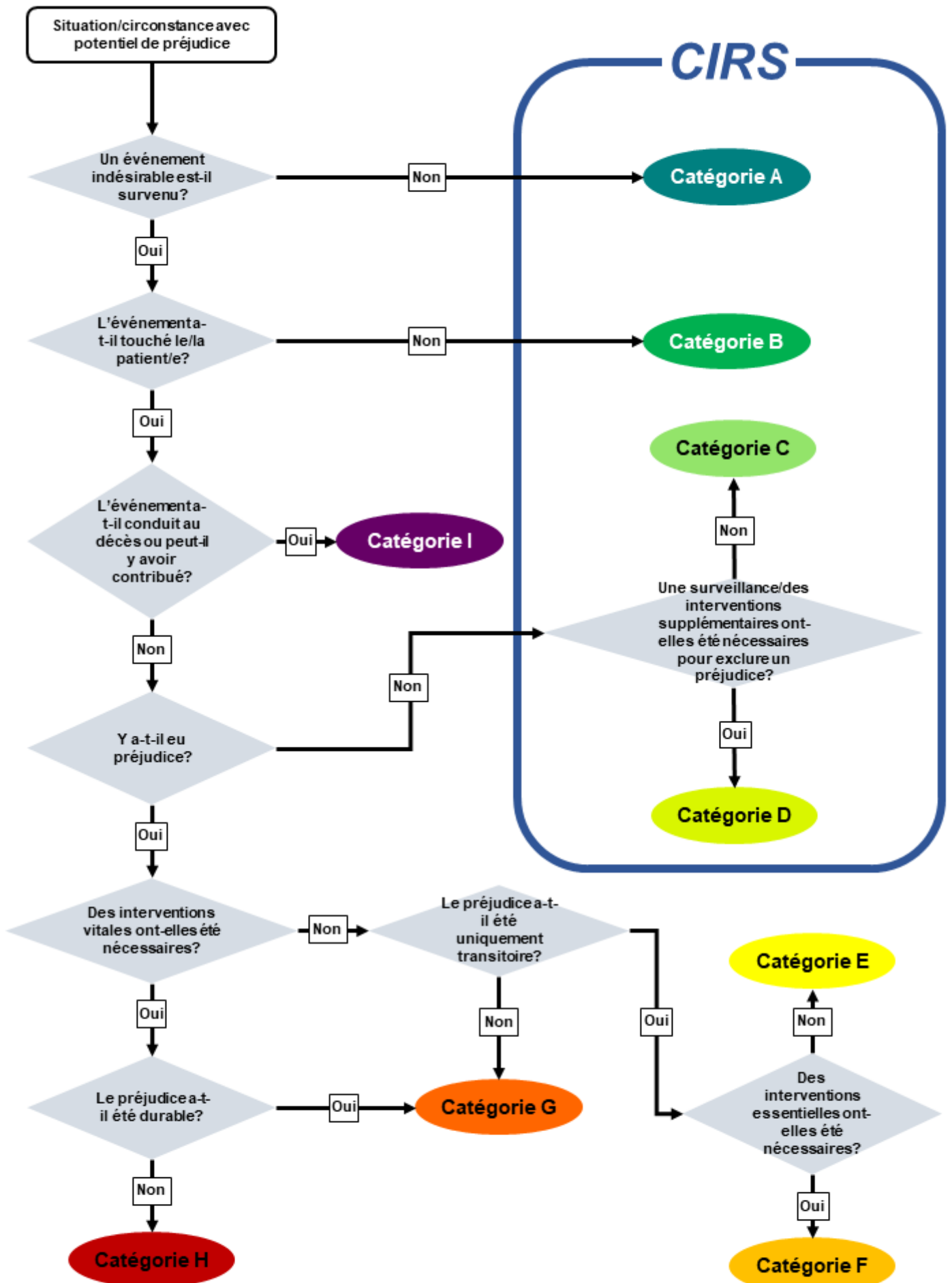
¹ Conformément aux catégories E à I de la classification proposée en annexe. Il est recommandé de limiter les déclarations CIRS aux catégories d'événements A à D.

7. Les membres du personnel ne doivent subir aucun préjudice en raison des événements qu'ils déclarent. En particulier, ils ne doivent pas être tenus responsables des défaillances du système.
8. Lorsqu'un établissement de santé est soumis par une autorité judiciaire à l'obligation de produire des titres, il convient, après mûre réflexion, d'exiger la mise sous scellés.

Catégorisation des événements indésirables dans le cadre d'un traitement clinique

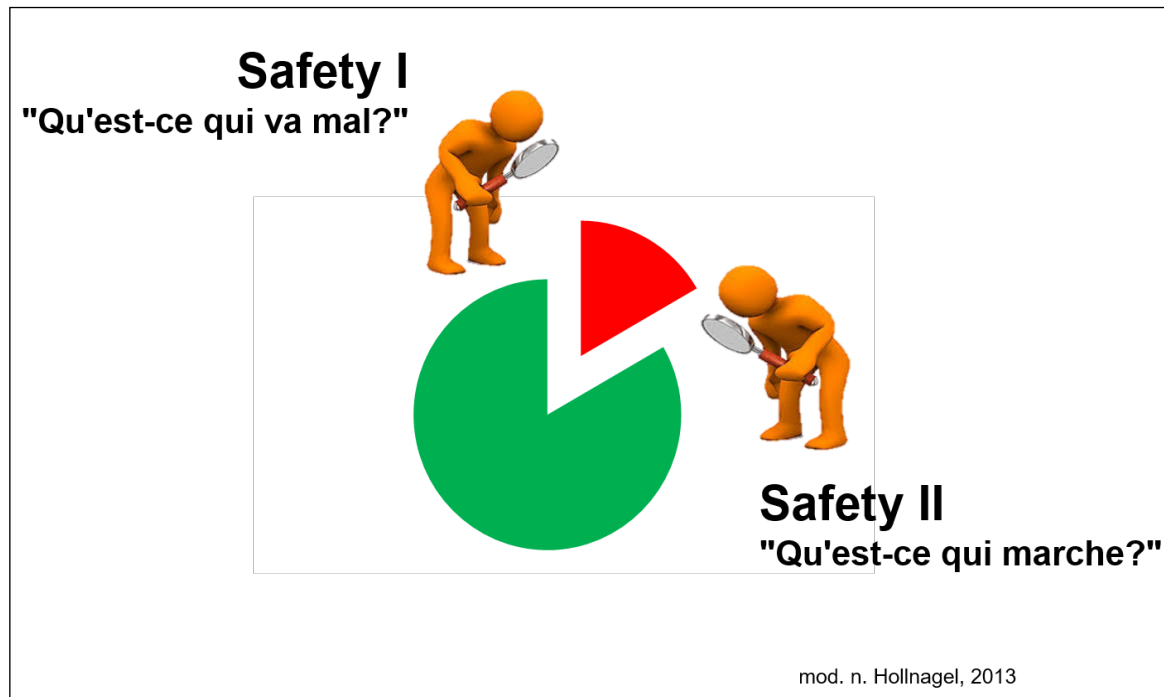
Adapté du « NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors », 2001
National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

<p>I Événement qui a conduit au décès du patient/ de la patiente ou peut y avoir contribué.</p>	<p>H Événement ayant nécessité une intervention vitale. Les interventions vitales englobent l'« assistance cardiovasculaire et/ou respiratoire (p. ex. RCP, défibrillation, intubation) ».</p>	Préjudice grave ou décès
<p>G Événement qui a causé un préjudice durable ou peut y avoir contribué. Est considéré comme durable un « préjudice qui persiste au-delà de six mois ou dont les conséquences définitives ne sont pas encore connues (« follow up») ».</p>	<p>F Événement qui a causé un préjudice temporaire ou peut y avoir contribué et qui a nécessité une intervention essentielle. Est considérée comme essentielle « une intervention destinée à atténuer des symptômes qui peuvent mettre la vie en danger s'ils ne sont pas traités ».</p>	Préjudice léger/ mineur
<p>E Événement qui a causé un préjudice temporaire ou peut y avoir contribué, mais qui n'a pas nécessité d'intervention essentielle. Est considérée comme essentielle « une intervention destinée à atténuer des symptômes qui peuvent mettre la vie en danger s'ils ne sont pas traités ».</p>	<p>D Événement ayant nécessité une surveillance et/ou des interventions afin d'exclure des préjudices. La surveillance est l'« observation ou le relevé de signes physiologiques ou psychologiques ». L'intervention est une « modification de la thérapie ou un traitement médical/chirurgical actif ».</p>	Événement sans préjudice
<p>C Événement ayant touché le patient/la patiente sans causer de préjudice. Est considéré comme préjudice « toute lésion ou atteinte – temporaire ou durable – à la santé d'une personne nécessitant une prise en charge médicale supplémentaire ».</p>	<p>B Événement n'ayant pas touché le patient/la patiente.</p>	Situation à risque ou « near miss »
<p>A Situations pouvant occasionner un événement indésirable.</p>		



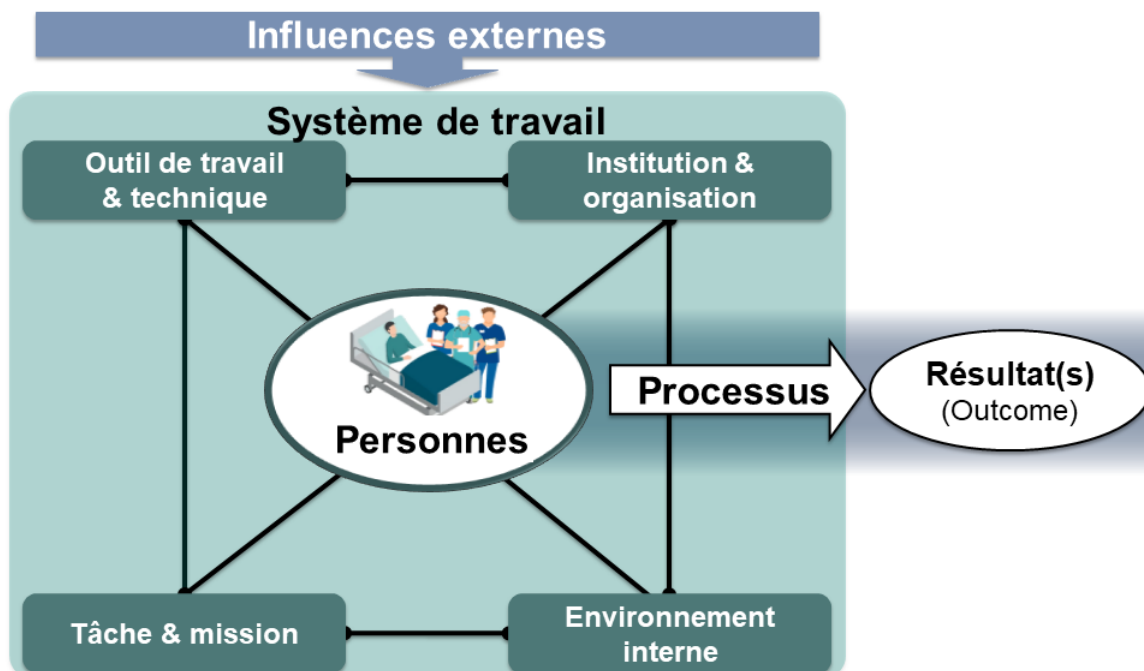
Annexe 2

Réflexions à propos de *Safety I* et *Safety II*



© Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse

Inspirées du modèle SEIPS [18]



* Systems Engineering Initiative for Patient Safety (Version 2.0)

© Fondation Sécurité des patients Suisse

Annexe 3

Les situations potentiellement problématiques, non médicales, spécifiques à un corps de métier donné

Les listes suivantes ne sont pas exhaustives.

L'assistant·e médical·e (MPA) :

- Au téléphone, un·e patient·e en situation d'urgence n'est pas considéré·e comme tel·le par l'assistant·e médical·e.
- La trousse d'urgence, l'équipement d'urgence est incomplet ou les médicaments ont expiré.
- Le dossier du ou de la patient·e est erroné, mal classé ou incomplet.
- Le ou la patient·e n'est pas suffisamment suivi·e ultérieurement à une mesure thérapeutique. (par ex. une désensibilisation/perfusion de fer).
- Les échantillons de laboratoire sont malencontreusement intervertis.
- Les appareils de mesure ne sont pas entretenus conformément aux normes.
- Il y a confusion dans la procédure de vaccination.
- L'administration d'un médicament périmé ou dont le dosage est incorrect.
- Une erreur dans le stockage des médicaments : la chaîne du froid n'a pas été respectée.

Ergothérapie

- Des chutes durant la prise en charge.
- Des accidents ou blessures durant la prise en charge (appareil, équipement).
- Des prescriptions erronées (un mauvais diagnostic entraîne une mauvaise approche thérapeutique).
- L'approche thérapeutique a été mal choisie.
- Le ou la thérapeute ne s'est pas informé·e concernant la prise de médicaments (interruption de la prise de médicaments, changement de médicament).
- Des informations manquantes ou erronées aux interfaces (transferts, stationnaire, ambulatoire).
- La double prise en charge à l'insu des deux thérapeutes.
- Une attelle a été mal posée (avec des conséquences sur le processus de guérison et le résultat).
- L'équipement thérapeutique n'est pas entretenu de manière satisfaisante.
- Des interruptions de traitement pour diverses raisons.
- La documentation de la patientèle est erronée, mal classée ou incomplète (les documents (ont été intervertis, des copies ont été envoyées à des destinataires non concernés, etc.).
- La protection des données vis-à-vis d'autres personnes n'est pas garantie.

Physiothérapie

- Aucun diagnostic ne figure sur l'ordonnance (ou il est insuffisant).
- Les comorbidités/médications/incompatibilités ne sont pas spécifiées sur l'ordonnance.
- Aucun feedback (rapide) n'est envoyé au médecin traitant concernant le comportement à risque du ou de la patient·e / la prise de médicaments, ou la non-prise de médicaments / la surcharge de travail/ le diagnostic différentiel.
- Les risques de chutes et de blessures dans l'infrastructure du cabinet médical ont été négligés.
- Pas de retour concernant les éventuels effets négatifs du traitement physiothérapeutique.
- Les appareils de traitement ont été entretenus de façon lacunaire.
- Les réglages de sécurité n'ont pas été respectés sur les appareils destinés aux exercices.
- La documentation transmise concernant le ou la patient·e lorsqu'il y a changement de thérapeute est inexacte ou incomplète.
- La protection des données n'a pas pu être garantie vis-à-vis des « non Health Professionals ».

Des malentendus sont dus au fait que « le langage employé n'est pas approprié pour le ou la patient·e, ou ne correspond pas à celui de l'autre professionnel ».

Par exemple :

- « la musculation vous est interdite » est interprété comme l'interdiction de pratiquer des activités telles que le programme de soins à domicile, la stabilisation, la coordination, les exercices d'équilibre, l'endurance, la force d'endurance, etc., raison pour laquelle des mesures thérapeutiques passives non appropriées sont exigées.
- « Reposez-vous beaucoup » , et « allongez-vous beaucoup » entrent en contradiction avec la physiothérapie active.
- « C'est une inflammation » est interprété comme étant « anormal » et favorise ce qu'on appelle la kinésiophobie (un comportement qui vise à éviter de ressentir la douleur).
- « Vous avez de l'arthrose », où l'arthrose est interprétée comme une « maladie menaçante » au lieu de ce que l'on appelle en anglais misuse, ou disuse, selon l'âge et favorise ce qu'on appelle la kinésiophobie (un comportement qui vise à éviter de ressentir la douleur).
- « Après cette opération, vous serez rapidement rétabli·e ». Or, si la personne ressent de la douleur durant plus de 2 à 3 jours, ou que son membre enfle, ou encore qu'elle est limitée dans sa mobilité, elle peut se mettre à craindre qu'il s'agisse de complications.

Annexe 4

Les biais cognitifs [26]

L' biais de disponibilité (availability bias)

La facilité avec laquelle les contenus sont mémorisés a une influence sur la probabilité subjectivement perçue de leur apparition. Les contenus auxquels nous sommes régulièrement confronté·e·s sont donc plus rapidement puisés dans notre mémoire, indépendamment du fait qu'ils soient effectivement plus susceptibles de se produire. Cela peut par exemple jouer un rôle dans l'établissement du diagnostic.

Le biais de confirmation d'hypothèse (confirmation bias)

Nous percevons plus facilement les informations qui confirment nos idées préconçues et avons tendance à négliger les informations qui contredisent nos attentes. Les lunettes de triage (en anglais, triage cueing), soit la répartition des patient·e·s en fonction de leur tableau clinique et de leur état, sont chose fréquente, par exemple, aux urgences. Dès qu'un·e patient·e arrive dans un service donné, il ou elle est considéré·e en premier lieu à travers ces « lunettes ».

Le renoncement yin-yang (yin-yang out)

Lorsque de nombreuses interventions diagnostiques ont déjà été effectuées, la tendance est de renoncer, avant même d'avoir obtenu un résultat satisfaisant.

Effrayer les zèbres (zebra retreat)

On refuse un diagnostic différentiel rare pourtant en tête de liste, par souci de ne pas gaspiller des ressources (de temps et d'argent) nécessaires pour explorer ce diagnostic, ou on ne veut pas déranger parce que les spécialistes ne sont pas disponibles sur le moment (par ex. le week-end), ou encore en cas de fatigue ou de distraction.

Le biais de conformisme (bandwagon effect)

L'on croit ou fait certaines choses uniquement parce que d'autres les croient ou les font. Par exemple, dans ce que l'on appelle la « pensée de groupe », les personnes compétentes prennent de moins bonnes décisions parce que chaque personne adapte son point de vue à l'opinion supposée du groupe.

Le biais de l'actualité (diagnosis momentum)

Les hypothèses se consolident insidieusement en diagnostic, car tout le monde en parle et accepte ces diagnostics. À un moment donné, le diagnostic différentiel est écarté.

Le biais du conflit d'intérêt (commission bias)

Il existe un courant de pensée selon lequel seules des interventions permettent de maintenir le bien-être du patient mais où l'intervenant reçoit aussi un bénéfice, pécuniaire ou de reconnaissance du patient.

Le biais d'omission (omission bias)

Les mauvais résultats dus à un processus naturel sont mieux acceptés que ceux qui résultent d'une intervention médicale. C'est pourquoi on est parfois tenté·e de ne rien faire en cas de doute. Les biais d'omission sont plus fréquents que les biais de commission.