

Bericht aus dem Vorstand, April 2002 CIRSmedical – Medical Critical Incident Reporting System oder: aus Fehlern wird man klug



Liebe KollegInnen,
am 11. April 2002 hat die FMH in Bern eine Tagung zu CIRSmedical veranstaltet, die bei den Medien ein grosses Echo fand. Die FMH hat begonnen, sich mit diesem Thema intensiv auseinanderzusetzen, nachdem vor zwei Jahren drei Ereignisse die Öffentlichkeit bewegt hatten: zum einen die aus ausländischen Daten hochgerechnete Behauptung des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV), dass sich in der Schweiz jährlich 3000 Todesfälle infolge medizinischer Eingriffe (Fehler?) ereignen sollen, und zum anderen zwei tragische medizinische Fehler – die Amputation eines falschen Beines in Lugano und die tödliche Infusion als Folge verwechselter Lösungen im Kinderspital Bern.

An einer ersten Tagung im Januar 2001 hat sich die FMH mit dem Thema «Risiken, Fehler und Patientensicherheit»¹ beschäftigt. Im wesentlichen wurde damals eine neue Kultur im Umgang mit Fehlern postuliert – von allen – den ÄrztInnen, den medizinischen Institutionen, den Bundesämtern, den Medien und last but not least dem Gesetzgeber ...

An der jetzigen Tagung geht es nun um die konkrete Umsetzung dieser neuen Fehlerkultur. CIRSmedical wird ein garantiert anonymes Meldesystem im Schosse der FMH sein, welches die ÄrztInnen aller medizinischen Fachgesellschaften auf dem Weg zu dieser neuen Fehlerkultur unterstützen will. Eine gesamtschweizerische Betrachtung soll ermöglicht werden. CIRSmedical baut auf einem bereits bestehenden Fehlermeldesystem der Anästhesieabteilung des Kantonsspitals Basel unter Professor D. Scheidegger auf. Dieses erfolgreiche Projekt basiert seinerseits auf dem ASRS (Aviation Safety Reporting System) der Piloten².

SHELL – ein Fehler kommt selten allein

Bei einer ungünstigen Konstellation von Software (Organisation), Hardware (Technik), Environment (Patient, medizinische Situation) und sogenannter Lifeware (Mensch, Team, Kommunikation) kann eine gefährliche Situation entstehen. Sofern Abwehrmechanismen dagegen bestehen und bekannt sind, handelt es sich dabei um eine normale Gefahr, ansonsten spricht man von einem «critical incident» (CI). Wenn eine Bewältigungsstrategie für diesen «critical incident» vorgesehen ist, spricht man von einem Beinahezwisehenfall, ansonsten von einem Schadensfall oder einer Komplikation.

Interessant ist, dass kritische Situationen zu 78% auf menschlichen und nur zu 22% auf technischen Ursachen beruhen. Dabei kommen 1% der Patienten zu Schaden; 50% wären vermeidbar. Die grössten Verbesserungsbemühungen müssen demzufolge dem «human empowerment» gewidmet werden. Idealerweise müssten die Kenntnisse über die komplexen Entstehungsmechanismen von Fehlern bereits in der Aus- und Weiterbildung vermittelt werden.

Schaden oder Fehler?

Primär sollte man immer – werteneutral – von einem Schaden sprechen und nicht von einem Fehler. Alle Schadensereignisse müssen nuanciert betrachtet werden. Ein Patient kann krankheits- oder therapieimmanent zu einem – von niemandem verschuldeten – Schaden kommen; in diesem Fall müsste man von einem schicksalsbedingten Ereignis sprechen. Daneben können Schäden aber infolge echter persönlicher oder systembedingter ärztlicher Fehler verursacht sein.

Vorder- und hintergründige Schäden und Fehler

Hinter der Definition von Schaden und Fehler steht in der Regel eine sehr technische Sichtweise; man denkt an Nebenwirkungen, die Verabreichung von falschen Medikamenten durch Verwechslung oder unverträgliche Medikamentenkombinationen, an falsche Dosierungen in der Höhe von Zehnerpotenzen, an die Verwechslung von Gasanschlüssen usw.

Wie steht es aber mit dem Erfassen von weniger offensichtlichen, aber mindestens ebenso fatalen Schäden und Fehlern, die sich aus einer

¹ siehe PrimaryCare Heft 4 (2001;1:89–93)

² Referat am SGAM-Kongress 2000 in Montreux: «Odysseus heute: der Faktor Mensch» von Prof. Dr. med. D. Scheidegger, Basel

missglückten Arzt-Patienten-Beziehung ergeben können, aus falsch verstandenen Aussagen des Arztes oder des Patienten, aus falschen Interpretationen von nicht eindeutigen Laboruntersuchungen, falschen Einschätzungen von Krankheitssituationen, diagnostischen und therapeutischen Unterlassungen?

Solche hintergründige Fehler dürften sich aufgrund der besonderen Umstände vor allem im Bereich der ambulanten Medizin, insbesondere aber bei unserer hausärztlichen Tätigkeit finden. Diese Betrachtung zeigt deutlich die Notwendigkeit auf, dass fachspezifisch modifizierte Meldeformulare erstellt werden müssen (siehe im allerletzten Abschnitt); zugunsten einer breiten Akzeptanz und eines sinnvollen Nutzens von CIRSmedical.

Die Melde-Compliance: «essentielles Minimum» unter garantierter Anonymität erfassen

Damit ein Meldesystem breit anerkannt wird und eine flächendeckende Meldedisziplin zum zuverlässigen Erfassen möglichst aller Fehler erreicht werden kann, braucht es einige hilfreiche Voraussetzungen.

Von zentraler Bedeutung wird es sein, dass für die Meldenden auch ein persönlich spürbarer Nutzen im Sinne eines Fortbildungseffektes entsteht.

Die Qualität des Meldeformulars dürfte eine ganz wichtige Rolle spielen. Die Fragen zum Ereignis müssen sich auf ein «essentielles Minimum» beschränken und müssen konzis auf die Tätigkeiten der verschiedenen Fachgebiete ausgerichtet sein. Sie müssen in einfacher Sprache verfasst sein, damit auch Pflegende und medizinische Praxisassistentinnen (MPA) Fehler melden können. Eindeutig verständliche Formulierungen werden eine homogene Beantwortung ermöglichen.

Ein Computer-gestütztes Meldesystem erleichtert und rationalisiert die Auswertung. Für viele KollegInnen dürfte diese Technik attraktiv sein; doch es braucht parallel dazu unbedingt auch eine Meldevariante auf griffbarem und anwenderfreundlichem Papier – wie es sich für die unkomplizierte Meldung von Arzneimittelnebenwirkungen vorzüglich bewährt.

Die interne und externe Anonymität kann mit dem ASAS-Sicherheitssystem von HIN (Health Info Net) garantiert werden. Hier ist aber noch einige Arbeit zu leisten, damit ASAS mit allen Computersystemen kompatibel gemacht werden kann.

Die rechtlichen Fragen müssen zwingend und vordringlich gelöst werden; denn gemäss unserem schweizerischen Rechtssystem führt eine offene, bekannt gewordene Fehlermeldung zwingend zu einer Strafverfolgung. Ohne garantierte Anonymität entspräche eine Fehlermeldung also faktisch einer Selbstanklage. Ohne eine vorausgehende juristische Klärung kann keine neue Fehlerkultur aufgebaut werden.

Für epidemiologische Studien wird sich CIRSmedical nicht eignen, unabhängig davon, wie gut die oben geschilderten Ansprüche umgesetzt werden können; dies wegen einer sicherlich immer bestehend bleibenden, sehr unterschiedlichen Melde-Compliance und einem damit gekoppelten Bias im Sinne eines «Underreporting»: wer meldet welche Fehler und wer nicht? Werden leichte Fehler gemeldet und schwere verschwiegen?

Lernen aus nicht fatalen Fehlern

Benahezwischenfälle kommen recht häufig vor und beinhalten in ihrer Vielschichtigkeit ein enormes Lern- und Verbesserungspotential für die Menschen, Arbeitsstrukturen und Prozessabläufe, die Ursachenanalyse und den Aufbau von Bewältigungsstrategien zur Prävention von fatalen Fehlern.

(K)ein neuer Datenfriedhof

CIRSmedical will die gemeldeten Fehler innerhalb der betreffenden Institutionen und zum Teil auch darüber hinaus öffentlich zugänglich machen. Wie können die aus den Fehlern erworbenen Kenntnisse disseminiert werden? Die Meldungen dürften sicher auf viele unter uns eine gewisse Attraktion à la «Unfälle und Verbrechen» ausüben – doch darf es natürlich nicht bei dieser Oberflächlichkeit bleiben. Die ÄrztInnen sollen mit einem für sie spürbaren Nutzen animiert werden, die Website <http://www.cirsmedical.ch> regelmässig zu besuchen und die neuen Meldungen zu lesen. Wie viele Fortbildungs-Credits könnten für diese sicher sehr wirksame E-Fortbildung verliehen werden? Die aus Fehlern erschlossenen Kenntnisse müssten wie selbstverständlich in alle Fortbildungsveranstaltungen einfließen. Den Qualitätszirkeln könnten sie als Thema dienen oder sie könnten als Referenz beigezogen werden. Zusammenfassende Berichte – z.B. zweimal pro Jahr – könnten den Grundstock für neue Empfehlungen darstellen.

CIRSmedical – ein lernendes System

«I made all possible mistakes, but only once».

Fehler sind immer passiert und Fehler werden sich leider – wie ein Naturgesetz – immer wieder ereignen. Die ÄrztInnen haben sich schon immer innerhalb ihrer meist geschlossenen Kreise, allein oder im Team – bei unterschiedlich respektvoller Fehlerkultur – mit ihren Fehlern befasst und daraus ihre lernenden Schlüsse gezogen – und ganz bestimmt haben sie schon immer unter gemachten Fehlern gelitten; (fast) alle ärztlichen LeserInnen dürften diese Aussage bestätigen können.

Mit CIRSmedical werden erstmals in der Geschichte der Medizin gemachte Fehler strukturiert und transparent einem schweiz-/weltweit breiten Feld von LeserInnen als reiche Quelle des «gegenseitig von einander Lernens» erschlossen. Die Fragen, warum es zu einem Fehler gekommen ist, und die Antworten, was getan werden kann, damit sich die gemachten Fehler nicht mehr wiederholen, sollen zu einem äusserst wirksamen Lernereignis werden. Dabei ist zu beachten, dass individuelle Fehler eher Einzelfälle sind, dass öfters übergeordnete komplexe Einflüsse zu systemischen Fehlern führen. Aus der Fehleranalyse können neue, bessere und sicherere Prozessabläufe determiniert werden.

Wir können sehr viel lernen aus Fehlern, die in den eigenen Reihen gemacht worden sind; aber wir können auch mindestens so effektiv aus Fehlern lernen, die sich in ganz anderen Fachgebieten oder sogar in fachfremden Gebieten ereignet haben, denn die zu Grunde liegenden Strukturen und Prozessabläufe sind oft sehr ähnlich gelagert und können beim Betrachtenden Assoziationen auf eigenes Geschehen wecken.

Schuld und Sühne oder Ablass und Amnestie vor Strafverfolgung

CIRSmedical ist ein anonymes Meldesystem von Beinahezwischenfällen und Fehlern und hat grundsätzlich keinen direkten Zusammenhang mit Schuld oder Schuldanerkennung.

Das Melden von Beinahezwischenfällen dürfte in der Regel keine grösseren Probleme darstellen und auslösen, da für den Patienten keine negativen Folgen resultieren. Diese dürften sich sehr gut für den Start des CIRSmedical eignen.

Durch die garantierte Anonymität soll aber gerade auch das Melden von schwerwiegen-

den Fehlern ermöglicht und gefördert werden. Dabei darf weder bei den ÄrztInnen noch in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt werden, dass durch eine solche anonyme Meldung die versicherungstechnischen (Haftpflicht) und juristischen (Schuldfragen) Akten per se geschlossen seien. Dies dürfte für CIRSmedical eine schwierige Gratwanderung bedeuten.

Doch wirklich schwerwiegende Fälle werden auch in Zukunft ohnehin auf anderem Weg publik, und in solchen Situationen bewährt sich eine Vorwärtsstrategie der betroffenen Institutionen mit einer offenen Informationspolitik in der Regel sehr viel besser als eine verworrene Verdunkelungstaktik ... und – aufgrund der neuen Fehlerkultur könnte es künftig zur selbstverständlichen ärztlichen Sorgfaltspflicht gehören, betroffene PatientInnen darüber aufzuklären, wenn sich ein Zusatzschaden aufgrund eines Behandlungsfehlers eingestellt haben sollte.

Explizit zu erwähnen sei für alle LeserInnen, insbesondere aber auch für die nicht ärztlichen aus der Politik und den Medien, dass es sich bei allen Betrachtungen rund um CIRSmedical niemals darum handeln kann, grundsätzlich zu verurteilende Nachlässigkeiten und Schlampereien zu rechtfertigen. Denn dabei handelt es sich nicht mehr um Fehler, sondern um willfährige Unterlassungen, die besonders bewertet werden müssen. Wo liegt der «Cut off» zwischen Fehler ohne persönliche Schuld und nicht tolerierbarer Schlampelei? CIRSmedical wird letztere nicht ausrotten können und darf und will kein rechtsfreier Raum dafür sein.

Die neue Fehlerkultur – ein Paradigmawechsel – wer entscheidet zwischen «Alles Mögliche Tun» und der «Ästhetik des Unterlassens»³

Die Reflexionen über Tun und Lassen werden gleich noch etwas komplexer, denn das Unterlassen bedeutet nicht in jedem Fall eine Unterlassung. Den Unterschied zwischen schlammigem und bewusstem zielgerichtetem Unterlassen zu definieren, dürfte Anlass zu hoch interessanten gesundheits- und gesellschaftspolitischen Diskussionen sein.

Denken wir z.B. an unsere hausärztliche Tätigkeit. Bei den an uns herangetragenen, unselektionierten gesundheitlichen Problemen kann in der Regel anfänglich nicht eindeutig

³ «Ästhetik des Unterlassens» war das Thema des SGAM-Kongresses 1999 in Interlaken. «Die Ziele des Gesundheitswesens – wer entscheidet?» lautet das Thema der SGAM-Kadertagung 2002 auf dem Bürgerstock.

festgestellt werden, ob es sich um den Beginn eines schweren Leidens oder um eine vorübergehende Befindlichkeitsstörung handelt. Die ärztliche Erfahrung und die Kompetenz, mit der Unsicherheit umgehen zu können, kann ein «watchful waiting» – ein beobachtendes Verhalten mit einem vorläufigen Unterlassen von weiteren Abklärungen und Behandlungen – durchaus rechtfertigen. Wo findet sich aber im möglichen Schadenfall die Grenze zum medizinischen Fehler oder zur fahrlässigen Unterlassung?

Aus «Sicherheitsgründen» (für den Patienten) oder aus «Absicherungsgründen» (für den Arzt) immer alles Mögliche zu tun, kann genau so gefährlich sein wie das Weglassen einer Untersuchung. Denn mit zunehmenden Untersuchungen steigt die Wahrscheinlichkeit von neu auftretenden Unklarheiten, womit sich gerade bei psychosomatisch-somatopsychischen Krankheiten mit ihrer ausgeprägten «Angst vor ...» eine fatale – und kaum mehr zu bezahlende – Kaskade von Untersuchungen und Konsultationen bei immer mehr SpezialistInnen ergeben kann, wobei sich das therapeutische Konzept immer weiter verzettelt – zum Schaden des Patienten, der dadurch immer kränker wird ... oufff ...

Solche komplexen Fragen dürften an der gerade jetzt stattfindenden Bürgerstock-Kadertagung mit dem Thema «Ziele des Gesundheitswesens – wer entscheidet was?» sicher thematisiert werden.

Dass die Ansichten über Tun und Lassen bei den ÄrztInnen und PatientInnen durchaus nicht immer miteinander übereinstimmen, erörtert G. Domenighetti in seinem Artikel in dieser Ausgabe von PrimaryCare, Seite 241, in welchem er den bedeutenden Einfluss durch medizinisch unbegründete Begehrlichkeiten der PatientInnen auf die Entscheidungen der ÄrztInnen – mit den damit verbundenen Kosten – untersucht. Dabei ist nicht etwa das – im Rahmen eines «shared decision making» – durchaus gewollte und förderungswürdige Miteinander von Arzt und Patient gemeint.

Bei diesem Paradigmawechsel – wie viel zum Erreichen der Ziele unseres Gesundheitswesens getan und was unterlassen werden soll – wartet viel Entscheidungs-Arbeit auf alle Beteiligten ... Und die getroffenen Entscheidungen werden einen ganz direkten Einfluss auf die künftige Gestaltung und Bezahlbarkeit unseres Gesundheitswesens ausüben.

Kulturveränderung braucht Zeit

CIRSmedical hat mit Kontrolle zu tun – vor allem mit Selbstkontrolle. Niemand von uns liebt es besonders, kontrolliert zu werden. Positive Erfahrungen mit dem Fehler-Erfassungssystem werden die Schwellenangst sukzessive ab- und das Vertrauen in CIRSmedical aufbauen müssen. Dafür werden sehr viele Informationen und reflektierende Betrachtungen nötig sein. Ihr seid gerade daran, mit der Lektüre dieses Berichtes einen Schritt in diese Richtung zu tun – «informed consent» für ÄrztInnen zur freiwilligen Fehlermeldung mit dem Ziel, aus seinen eigenen Fehlern und den Fehlern anderer klug zu werden. Weitere wichtige Informationen werden auch in der Schweizerischen Ärztezeitung folgen.

Die Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft

Der FMH-Präsident sieht in einem durch CIRSmedical praktizierten transparenten Umgang mit Fehlern die Basis für eine neue Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft bei der Bevölkerung, den PolitikerInnen und den Medien. In jedem dritten Medienkontakt werde diese Frage explizit thematisiert. CIRSmedical wird als zentraler Aspekt der Qualitätssicherung verstanden, welcher vor allem die PatientInnen interessiert. CIRSmedical soll eine Bewegung werden, welche nicht «top down» verordnet sein, sondern sich «bottom up» entwickeln wird.

Imparare dagli errori – 25. Congresso Svizzero di Medicina Generale a Lugano (6. – 7.9.2002)

«Aus Fehlern lernen» heisst das Thema des diesjährigen SGAM-Kongresses. Unser Präsident J. de Haller hat der FMH angeboten, anlässlich eines Workshops an diesem Kongress einen für die Allgemeinmedizin konzipierten Fragebogen für CIRSmedical mit dem «nötigen Minimum» an konzisen Fragen entwerfen zu lassen. Gerade auf dem Gebiet der medizinischen Grundversorgung, wo die meisten ärztlichen Handlungen vollzogen werden, soll Klarheit in die Häufigkeit und die Bedeutung von Fehlern gebracht werden – zur Verbesserung der Qualität unseres ärztlichen Handelns und der Sicherheit der PatientInnen.

Mit einem «hab ich etwas Falsches gesagt?»-Gruss

Bruno Kissling
Sekretär der SGAM

Rapport du comité central, avril 2002

CIRSmedical – Medical Critical Incident Reporting System, ou c'est par nos erreurs que nous progressons



Chères collègues, cher collègues,
Le 11 avril dernier, la FMH a tenu à Berne une réunion consacrée au «CIRSmedical» et qui a suscité de nombreuses réactions dans les médias. La FMH a décidé de se pencher plus attentivement sur ce domaine suite à trois événements survenus il y a deux ans, qui ont passablement remué les esprits: il s'agit d'une part des allégations de l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) basées sur des données provenant de l'étranger et selon lesquelles on devrait compter chaque année en Suisse plus de 3000 décès directement liés à des interventions (erreurs?) médicales; et d'autre part de deux erreurs médicales dont les conséquences furent tragiques – une amputation de la fausse jambe à Lugano et une intervention de solutions de perfusion chez un enfant qui est décédé à la Clinique de pédiatrie de Berne.

Lors d'une première rencontre au mois de janvier 2001, la FMH avait discuté du thème: «Risques, erreurs et sécurité des patients»¹. Pour en résumer l'essentiel, cette réunion avait évoqué une nouvelle culture en matière de traitement des erreurs à tous les niveaux, celui des médecins, celui des institutions médicales, celui des offices fédéraux, celui des médias et, last but not least, celui du législateur ...

La réunion actuelle fut consacrée à la mise en pratique sur le terrain de cette nouvelle manière d'appréhender les erreurs médicales. Le CIRSmedical va constituer un système d'annonces garantissant l'anonymat et placé sous l'égide de la FMH, qui souhaite offrir son soutien aux médecins de toutes les spécialités pour cette nouvelle démarche. L'un des objectifs de ce système est d'obtenir un tableau d'ensemble de cette problématique au niveau suisse. Le CIRSmedical peut s'appuyer sur les expériences faites avec le système d'annonces d'erreurs d'ores et déjà opérationnel dans le Département d'anesthésie de l'Hôpital cantonal de Bâle, placé sous la direction du Professeur D. Scheidegger. Les auteurs de ce projet s'étaient eux-mêmes largement inspirés de l'ASRS (Aviation Safety Reporting System) des pilotes d'aviation².

Une erreur survient rarement seule

Une constellation malheureuse, impliquant à la fois le software (l'organisation), le hardware (le technique), le contexte (patient-e, situation médicale) et le «lifeware» (facteurs humains, équipe, communication), peut conduire à une situation dangereuse. On peut admettre le fait qu'il s'agit d'un danger normal lorsqu'il existe des mécanismes de protection pour se prémunir de ce type de problèmes, mais si ce n'est pas le cas, on sera amené à parler d'un «critical incident». Si une stratégie destinée à maîtriser un «critical incident» est prévue, on parle d'un «quasi-incident», sinon d'un dommage ou d'une complication.

Il est intéressant de constater que 78% des situations critiques sont à mettre sur le compte du facteur humain et que seulement 22% d'entre elles font suite à des problèmes techniques. 1% des patient-es en ont des conséquences négatives, et 50% des cas pourraient être évités. Les plus grands efforts d'amélioration doivent donc porter sur le «human empowerment». Idéalement, les connaissances sur les mécanismes complexes conduisant aux erreurs médicales devraient être transmises aux professionnel-les concerné-es dès la formation pré- et post-graduée.

Dommages ou erreurs?

Fondamentalement, on devrait toujours évoquer une conséquence négative par des termes neutres, sans faire intervenir d'emblée la notion d'erreur. Tous les événements ayant entraîné des préjudices doivent être abordés de façon nuancée. Un patient peut subir un dommage lié à sa maladie ou au traitement qui lui a été prescrit, sans que personne n'y soit pour quoi que ce soit; on devrait dans ce cas parler d'un événement fortuit, du «destin». Cela dit, il peut y avoir des dommages qui font suite à de véritables erreurs médicales survenues suite à l'intervention de personnes ou d'un système.

Dommages et erreurs à l'avant-plan et à l'arrière-plan

Derrière la définition du dommage et de l'erreur se cache habituellement une vision très technique des problèmes; on pense à des effets secondaires, à l'administration de mauvais médicaments, par confusion ou par associations malheureuses ayant entraîné des interactions, à des erreurs de posologie de l'ordre de plusieurs dizaines de pourcents, à des inversions dans des tubulures de gaz lors d'une anesthésie, etc.

Qu'en est-il alors de la détection de dommages plus discrets et d'erreurs moins évidentes, mais dont les conséquences sont parfois tout aussi dramatiques, qui peuvent résulter de mauvaises re-

¹ cf. PrimaryCare No 4, 2001, pages 89-93.

² Conférence au congrès de la SSMG 2000 à Montreux: «Odysseus heute: der Faktor Mensch» par le Prof. Dr D. Scheidegger, Bâle.

lations entre médecin et patient-e, de malentendus issus d'une mauvaise compréhension des paroles du médecin ou du/de la patient-e, de mauvaises interprétations de résultats d'examen de laboratoire douteux, d'erreurs d'appréciation de certaines situations médicales, ou encore d'abstentions diagnostiques ou thérapeutiques?

Compte tenu des circonstances, de telles erreurs d'arrière plan se rencontrent probablement plus souvent dans les activités de la médecine ambulatoire, et tout particulièrement dans notre domaine de la Médecine de Premier recours. Cette conception indique clairement la nécessité d'établir des formulaires d'annonce spécifiques pour chaque type de pratique médicale (cf. le dernier alinéa); c'est là une condition sine qua non pour obtenir une large acceptation et pour retirer un maximum d'enseignements du CIRSmedical.

La compliance en matière d'annonce: recueillir le «minimum essentiel» avec la garantie de l'anonymat

Pour qu'un système d'annonce puisse obtenir une bonne collaboration de la part de l'ensemble de la profession, et pour qu'il bénéficie d'une discipline suffisante pour permettre de recenser la quasi-totalité des erreurs de manière fiable, certaines conditions doivent être impérativement respectées.

Il sera en particulier très important que l'annonce d'une erreur apporte quelque chose à l'annonceur—qu'il/elle en bénéficie par exemple directement pour sa formation continue.

La qualité du formulaire d'annonce jouera là un rôle essentiel. Les questions relatives à l'incident devront se limiter au «minimum essentiel», être suffisamment concises, et s'adresser de façon précise et ciblée aux champs d'activité caractérisant les différentes spécialités. Ces questions doivent être rédigées en langage simple, pour que le personnel de soins et les assistantes médicales soient aussi en mesure de signaler les erreurs éventuelles. Seule une formulation claire et facilement compréhensible permettra de disposer de réponses homogènes.

Un système d'annonce par ordinateur ne peut que faciliter et rationaliser l'évaluation. Cette technique devrait susciter l'intérêt de nombreux collègues; il faudra toutefois quand même une alternative dans le sens de formulaires sur papier, agréables et constamment à portée de main, à l'instar des formulaires bleus d'annonce d'effets indésirables, qui ont fait leurs preuves grâce à leur simplicité d'emploi.

L'anonymat interne et externe peut être garanti par le recours au système de sécurité ASAS du HIN (Health Info Net). Il faudra cependant encore pas mal de travail pour que l'ASAS soit compatible avec tous les systèmes informatiques usuels.

Les questions légales sont absolument prioritaires et doivent trouver une solution avant toute autre chose, car selon le droit suisse en vigueur, une erreur annoncée publiquement est automatiquement passible de sanctions pénales. Sans la garantie de l'anonymat, une annonce d'erreur équivaudrait ainsi à une auto-accusation. Sans une clarification juridique préalable, il n'est par conséquent pas possible de mettre en place une nouvelle conception de la gestion des erreurs médicales.

Le CIRSmedical ne se prêtera pas très bien à des études épidémiologiques, quelle que soit la manière dont les exigences citées ci-dessus auront pu être respectées; la compliance en matière d'annonce sera et restera très inhomogène et entraînera un biais par «underreporting»: qui annonce quelles erreurs et qui ne les annonce pas? Les erreurs anodines sont-elles plus facilement annoncées que les erreurs graves?...

Tirer les leçons des erreurs non-fatales

Les «quasi-incidents» sont assez fréquents et recèlent de par leur diversité un énorme potentiel d'apprentissage et d'amélioration, tant au niveau des professionnel·les de la santé que des structures professionnelles et des procédures internes, des analyses causales, de l'élaboration des stratégies pour maîtriser ces situations et de la prévention des erreurs fatales.

Ça (ne) sera (pas) un nouveau cimetière de données

Le CIRSmedical va permettre aux institutions concernées – mais en partie aussi à un cercle plus large – d'accéder aux données concernant les erreurs annoncées. Comment diffuser les connaissances acquises au travers de ces erreurs? Les annonces exerceront à coup sûr sur nombre d'entre nous un certain pouvoir d'attraction, du type voyeurisme, mais il s'agira naturellement de dépasser ces considérations par trop superficielles. Il faudra inciter les médecins à visiter régulièrement le homepage <http://www.cirsmedical.ch> pour prendre connaissance des dernières annonces et en tirer tous les enseignements utiles. Combien de points de formation continue faudra-t-il attribuer à cette formation basée sur les moyens électroniques? Les nouvelles connaissances découlant des erreurs devraient naturellement s'intégrer dans toutes les manifestations de formation continue. Elles pourraient servir de thèmes aux cercles de qualité et être considérées comme documents de référence. Résumées et éditées, par exemple deux fois par an, elles pourraient servir de base à de nouvelles recommandations.

Le CIRSMedical – un système qui se perfectionne sans cesse

“I made all possible mistakes, but only once”.

Il y a toujours eu, et il y aura malheureusement toujours, des erreurs médicales, un peu comme si c'était une loi de la nature. De tout temps, les médecins se sont préoccupés de leurs erreurs et en ont tiré les conséquences, en général plutôt au sein d'un cercle professionnel plus ou moins fermé, à titre individuel ou dans le cadre d'une équipe, dans un esprit de respect de l'autre qui pouvait varier; et il ne fait aucun doute qu'ils/elles ont souvent répété des erreurs déjà commises. Je suis certain que (presque) tou-tes les Collègues qui liront ces lignes pourront confirmer mes dires.

Pour la première fois dans l'histoire de la médecine, le CIRSMedical va permettre de structurer les erreurs médicales recensées, de leur conférer une certaine transparence et de les rendre accessibles à un grand cercle de lecteurs et de lectrices en Suisse et dans le monde, dans l'idée d'un authentique échange de connaissances. Les questions relatives aux facteurs ayant conduit à l'erreur et aux corrections qui peuvent être apportées pour que ces erreurs ne se reproduisent pas, vont être d'excellents moyens de formation. Il faut noter à ce propos que les erreurs individuelles sont plutôt l'exception et que ce sont plus souvent des influences externes complexes qui conduisent à des erreurs systémiques. L'analyse approfondie des erreurs permettra de définir des attitudes et des procédures plus efficaces et plus sûres.

Nous pouvons beaucoup apprendre des erreurs qui se sont produites dans nos propres rangs; mais nous pouvons apprendre au moins autant d'erreurs survenues dans d'autres spécialités ou même dans des domaines d'activité totalement étrangers à notre pratique, dans la mesure où nombre de structures et de modes de fonctionnement ressemblent beaucoup aux nôtres, et peuvent donc être extrapolées à notre profession moyennant quelques associations d'idées.

La culpabilité et la réparation ou le pardon et l'amnistie avant la poursuite pénale

Le CIRSMedical est un système d'annonces anonymes de «quasi-incidents» et d'erreurs médicales qui doit rester sans rapport avec des notions de culpabilité ou de reconnaissance des torts.

L'annonce des «quasi-incidents» ne devrait en principe pas poser de grands problèmes, car il n'en résulte en principe aucune conséquence négative pour le patient. Ces erreurs devraient donc se prêter idéalement au démarrage du CIRSMedical.

La garantie de l'anonymat doit toutefois aussi

permettre et encourager l'annonce d'erreurs graves. D'un autre côté, il faut éviter de laisser entendre parmi les médecins ou dans le public que l'anonymat de ce système d'annonces exclut définitivement le recours aux procédures légales civiles (responsabilité civile vis-à-vis des assurances) ou pénales (questions liées à la culpabilité au sens du code pénal). Sur ce plan-là, la marge de manœuvre du CIRSMedical pourrait bien s'avérer très étroite.

Il y a cependant fort à parier que les erreurs vraiment graves seront de toute façon rendues publiques, d'une manière ou d'une autre, comme par le passé. Dans ce type de situations, il a été largement démontré qu'une stratégie préventive des institutions concernées, associée à une politique d'information transparente, donne de bien meilleurs résultats qu'une attitude défensive, se bornant à nier ou à occulter les problèmes. De plus, dans une nouvelle culture de l'erreur médicale, il pourrait faire partie dorénavant du devoir des médecins d'informer pleinement les patient-es en cas de dommages subis à la suite d'une erreur de traitement.

Il faut néanmoins souligner à l'intention de toutes les lecteurs/lectrices, et en particulier de celles et ceux qui ne sont pas médecins et appartiennent au monde de la politique et des médias, que le concept du CIRSMedical ne vise en aucune façon à couvrir des négligences. Il ne saurait alors plus être question d'erreur, mais de légèreté coupable qui mérite une sanction appropriée. Mais où faut-il placer la limite entre erreur sans faute proprement dite, et négligence intolérable? Le CIRSMedical ne pourra pas résoudre ce dilemme. Il ne doit pas et ne veut pas être un espace de vide juridique.

Une nouvelle culture dans l'approche de l'erreur médicale – un changement de paradigme – qui fait la distinction entre «faire tout ce qui est imaginable» et «l'esthétique du renoncement»³

Les réflexions sur l'action et l'abstention vont encore devenir plus compliquées, car l'abstention ne signifie pas toujours une omission. La différence entre la négligence et une décision mûrement réfléchie de renoncer à une action pourrait devenir le sujet d'une discussion très intéressante au plan de la politique de la santé et de la politique socio-économique.

Songez un instant à notre activité médicale de tous les jours. Il ne nous est en général pas possible de décider d'emblée, parmi les problèmes de santé non-triés auxquels nous sommes confrontés, si nous sommes en présence des premiers signes d'une maladie grave ou si nous n'avons affaire qu'à des troubles passagers bénins. Notre expérience et notre aptitude à gérer l'incertitude peuvent

³ «L'esthétique du renoncement» était le thème du congrès de la SSMG 1999 d'Interlaken. «Les objectifs du système de santé – qui décide quoi?» sera le thème du séminaire des cadres de la SSMG 2002 du Bürgenstock.

parfaitement nous inciter à nous cantonner dans un «watchfull waiting», c'est-à-dire à adopter une position d'attente, consistant à renoncer dans un premier temps à des investigations complémentaires et à un traitement immédiat. Mais où alors se trouvera la limite entre la simple erreur médicale et la négligence coupable en cas de dommages ultérieurs ?

Faire toujours le maximum, que ce soit pour assurer aux patient-es la «sécurité absolue» ou «pour se couvrir», peut s'avérer tout aussi dangereux que de renoncer à tel ou tel examen. En effet, la multiplication des examens complémentaires augmente la probabilité de tomber sur de nouvelles «anomalies», ce qui va perpétuer la cascade d'examens et de consultations spécialisées avec des conséquences thérapeutiques et financières catastrophiques, en particulier si l'on se trouve dans un contexte de maladie psychosomatique, caractérisée par «la peur de ...»; le concept thérapeutique ne manquerait alors pas de perdre progressivement de sa substance – pour le plus grand malheur du patient, dont l'état ne cessera d'empirer.

Ces questions complexes vont certainement faire l'objet de nombreuses discussions dans le cadre du Séminaire des cadres du Bürgenstock, qui se tient actuellement et a pour thème «Les objectifs du système de santé – qui décide de quoi?»

G. Domenighetti relate dans son article du présent numéro de PrimaryCare les avis parfois divergents des médecins et des patient-es sur les questions touchant à l'excès et à la retenue en matière d'investigations complémentaires. Il examine l'influence déterminante des demandes des patient-es, infondées médicalement, sur les décisions des médecins, et sur les coûts qu'elles engendrent. Ceci ne concerne naturellement pas les décisions prises d'un commun accord entre les patient-es et leur médecin, dans le cadre du «shared decision making», une attitude absolument souhaitable et qui, elle, mérite d'être encouragée.

Ce changement de paradigme – jusqu'où aller et à partir de quand renoncer – dans l'optique des objectifs de notre système de santé, va demander à toutes les participant-es un important travail de décision ... sans oublier que ces décisions exerceront une influence directe sur le paysage futur de notre système de santé et sur ce qu'il nous coûtera.

Un changement de culture exige un certain temps

Le CIRSmedical a quelque chose à faire avec un contrôle et plus précisément un autocontrôle. Au-

cun-e d'entre nous n'apprécie particulièrement d'être soumis à des contrôles. Les expériences positives faites avec ce système de recensement des erreurs devraient progressivement abaisser le seuil de méfiance et augmenter celui de la confiance dans le CIRSmedical. Un grand travail d'information et de réflexion sera nécessaire. Vous êtes d'ailleurs en train de faire un pas dans cette direction en lisant cet article – l'«informed consent» de la part des médecins en faveur de l'annonce volontaire, afin de tirer les enseignements de leurs propres erreurs et de celles des Collègues. D'autres informations importantes à ce sujet seront prochainement publiées dans le Bulletin des Médecins Suisses.

La crédibilité du corps médical

Le président de la FMH voit dans la gestion transparente des erreurs, telle qu'elle est prévue dans le modèle du CIRSmedical, la base de la crédibilité de la profession médicale dans la population, chez les politicien-nes, et dans les médias. Dans un contact médiatique sur trois, ce thème se trouve abordé de manière explicite. Le CIRSmedical est envisagé comme l'un des aspects fondamentaux de l'assurance de qualité, qui intéresse les patients au premier chef. Le CIRSmedical doit devenir un mouvement non pas orienté dans un sens hiérarchique, mais qui se développe depuis la base.

Imparare dagli errori – 25. Congresso Svizzero di Medicina Generale a Lugano (6.–7. 9. 2002)

«Apprendre par les erreurs» sera le thème du Congrès de la SSMG de cette année. Notre président J. de Haller a proposé à la FMH de faire rédiger, dans le cadre d'un atelier organisé durant ce Congrès, un questionnaire pour le CIRSmedical qui soit adapté aux Généralistes, contenant des questions aussi concises que possible, mais avec le «minimum nécessaire». La Médecine de Premier recours est la spécialité qui génère la majorité des actes médicaux et c'est pourquoi c'est en tout premier lieu à son niveau qu'il faut clarifier les choses et préciser l'importance des erreurs commises. Il y va de la qualité de notre médecine et de la sécurité des patient-es.

Avec mes meilleures salutations («Ai-je dit quelque chose de faux?» ...!)

Bruno Kissling

Secrétaire de la SSMG

(deutscher Text: R. Bielinski)