Daniel Gelzer et le cercle de qualité B. Merian Iselin, Bâle[1]

Le CIR, les médecins de base, les cercles de qualité: à la recherche d'un forum approprié

En médecine, la gestion des erreurs a très progressivement trouvé une nouvelle raison d'être depuis le début des années nonante. Pour le permettre, il est indispensable de rester ouvert dans la discussion sur les erreurs et d'éviter de pointer du doigt la personne fautive. Il faut mettre en avant la recherche des circonstances et des enchaînements qui ont entraîné l'erreur. Ainsi naquirent la gestion des risques (risk management) et les rapports d'incidents critiques (Critical Incident Reportings, CIR).

Rapports d'incidents critiques (CIR)

Ce furent avant tout les domaines de la médecine de haute complexité et de forte technicité tels que l'anesthésie et la chirurgie qui s'intéressèrent au CIR [1–3]. Les Dr Scheidegger et Staender avaient introduit un système CIR en anesthésie à Bâle en 1996 [4]. Ce système présuppose une culture du non-blâme (ce n'est pas le fautif qu'il s'agit identifier, mais les enchaînements menant à l'erreur); il réserve la possibilité de déclaration anonyme et encourage l'évaluation et la discussion régulières des cas présentés.

Le CIR en médecine de base

La médecine de base se caractérise par le fait que le médecin est souvent seul à prendre ses décisions. Elle ne nécessite pas des déroulements hautement complexes et techniques, ni des équipes de différents spécialistes devant travailler dans une étroite collaboration. En médecine de base, il est souvent difficile d'établir un diagnostic clair à partir de la plainte d'un patient. Le plus souvent c'est l'évolution qui mène à un diagnostic plus précis. Pour diverses raisons, le médecin de base ne peut pas avoir recours à l'évaluation par élimination. L'incertitude s'installe fréquemment. Bien que les incidents, parfois évités de justesse, soient d'une nature différente, ils peuvent avoir lieu ici aussi. Les cabinets de groupe, les réseaux de médecins et les cercles de qualité représentent des formes d'organisation où l'on peut aborder ces incidents, évités de justesse ou non, de manière informelle ou structurée. Les systèmes CIR peuvent y apporter une aide pour laquelle nous ne disposons cependant que de rares évaluations systématiques. Un cabinet médical de groupe à Zurich a pratiqué un CIR, et a évalué les erreurs de diagnostic, de thérapie, de communication et d'organisation sur la base des critères indiqués, afin de déterminer ce qui peut contribuer à une amélioration de la qualité [5]. En 2003, après un long travail préparatoire, la SSMG fut une des premières sociétés de professionnels spécialisés en Suisse à introduire un système de déclaration d'erreurs anonyme et basé sur Internet. La première évaluation faite après une année a recensé trois déclarations par mois en moyenne [6, 7]. Ce système protégé par un mot de passe est accessible à tous les membres [8].

Le CIR au cercle de qualité

Notre cercle de qualité (CQ) existe depuis 1996 et il regroupe des membres du réseau constitué autour du plan de santé HMO de Bâle. Il se compose de 10 à 14 membres, qui se réunissent dix à douze fois par année; les séances durent deux heures. En tout, 17 médecins en ont fait partie. Dans le cadre des discussions autour de la certification EQUAM, nous avions introduit en octobre 2002 un sujet CIR à l'ordre du jour pour chaque séance. Contrairement aux systèmes introduits dans les cliniques ou par la SSMG, notre CIR n'était pas anonyme. Le rapport se fait oralement dans le groupe puis le cas est immédiatement discuté. Un protocole est établi pour chaque séance; les incidents critiques (IC) sont résumés sous forme anonyme. D'octobre 2002 à mars 2007, 48 séances ont eu lieu. Nous avons compté jusqu'à sept déclarations d'IC par séance, avec un total de 94. Ces IC peuvent se subdiviser comme suit: diagnostic, traitements médicamenteux et autres, organisation (stress, fatigue, responsabilités au cabinet médical, questions de droit des assurances et questions juridiques, etc.) et communication (entre médecin et patient). Parmi ces incidents 57 concernent le diagnostic, 13 les traitements médicamenteux, 8 d'autres traitements, 8 l'organisation, et 8 la communication.

> Une discussion ouverte sur les erreurs décharge les concernés et apporte une contribution importante à l'assurance-qualité.

Discussion

En médecine de base, nous ne disposons que de peu de documentation sur le CIR. Les systèmes CIR sont encore trop peu utilisés, comme le montre l'exemple du système CIR de la SSMG [7]. Il faut voir la présence ou l'implémentation d'un système CIR comme un signe de changement de culture, comme le passage d'une culture blâmant l'erreur à une culture de la sécurité [4]. Les médecins de base sont confrontés à un grand nombre de manifestations pathologiques sans danger et autolimitées: le triage et le diagnostic différentiel jouent ici un grand rôle. De plus, ils effectuent souvent des visites à domicile ou en établissement, où les possibilités diagnostiques sont

1 Membres du cercle de qualité: Ruedi Bachmann, Elisabetta Cignetti, Joël Cuénod, Peter Eggenschwiler, Magdalena Gantenbein, Daniel Gelzer, Anna Gessler, Thomas Grüninger. Theodor Kaufmann, Philipp Koechlin, Guy Morin, Katharina Müller Frey, Pierre Périat, Oliver Rhyhiner, Conradin Schucan, Martin Spoendlin, Christian Weber, Urs Zschokke.

Quelques exemples

1. Une femme de 66 ans, lors d'une visite à domicile urgente, se plaint, après avoir pratiqué de l'aviron, de brûlures rétrosternales, de vomissements, de faiblesse. En réponse au motilium, ses symptômes s'améliorent. Pas de maladies antérieures, pas de facteurs de risque. Un jour plus tard, infarctus du myocarde lors du diagnostic par le généraliste.
2. Un patient reçoit une injection de Diclofénac® i.m pour une lombalgie aigüe. Le médecin réalise seulement plus tard que le patient était sous anticoagulant.
3. En ôtant les fils, un morceau de fil reste dans la peau. Comment procéder?
4. Une patiente de 82 ans, non démente, a pu quitter l'hôpital. Sur l'ordonnance de sortie, les génériques ont été remplacés par les préparations originales. Dès lors, la patiente prend les «anciens» et les «nouveaux» médicaments conjointement.
5. Chez un patient de 70 ans, on pose un diagnostic de cancer à petites cellules des bronches à partir du hile gauche. Une radiographie du thorax avait été pratiquée lors d'un examen général, un an et demi plus tôt. Le radiologue ainsi que le médecin traitant l'avaient trouvée normale; rétrospectivement cependant, on peut constater une proéminence dans le hile gauche sur le cliché.
6. Un patient de 60 ans, pris en charge par le service médico-psychiatrique, annule le rendez-vous pour la consultation. Le médecin de famille traitant ne rappelle pas. Vingt quatre heures plus tard, le patient commet une tentative de suicide par surdose de comprimés.

en outre limitées. L'incertitude est inhérente à leur travail. Par contre il est facile de conserver une vue d'ensemble sur les équipes qui sont de petite taille. Notre CQ reçoit bien plus de déclarations d'incidents que le système CIR de la SSMG, qui en reçoit trois par mois en moyenne: chez nous, la moyenne atteint deux cas par séance, ou deux cas par médecin et par année. Les problèmes de diagnostic y sont les plus fréquents, suivis des problèmes de traitements. Les problèmes de communication et d'organisation sont plus rares, contrairement au cabinet de groupe de Zurich, où les incidents thérapeutiques étaient les IC les plus fréquents [5]. Une étude américaine de grande envergure (plus de 15 000 patients) a également montré la prédominance des erreurs en pharmacothérapie; toutefois il s'agissait là de patients hospitalisés soumis à des thérapies complexes [9]. La classification des IC est de toute manière arbitraire: ainsi les processus diagnostiques et thérapeutiques vont fréquemment de pair. Dans notre cercle de qualité, les erreurs de diagnostic les plus fréquentes se rencontrent dans les manifestations atypiques de cardiopathies ischémiques, les pneumonies, les douleurs abdominales et les embolies pulmonaires, souvent lors de visites à domicile. Le dommage potentiel ou réel causé au patient mis à part, ces incidents provoquent aussi une charge émotionnelle considérable pour le médecin impliqué dans le cas. Là justement se situe un grand avantage du CIR pratiqué en cercle de qualité: la situation peut y être immédiatement discutée et analysée au point de vue médical, ce qui en général soulage considérablement les personnes concernées. Il est évident que cela présuppose une grande confiance et une bienveillance réciproque au sein du groupe. Il faut que le groupe soit ouvert vers l'intérieur et fermé vers l'extérieur, il faut s'y sentir protégé. Souvent les rapports d'incidents mènent à de longues discussions et à l'évocation de cas semblables. Il n'est pas rare que les déclarations d'IC fassent surgir des thèmes repris plus tard dans le CQ. Nous n'aborderons pas ici la question des résultats pour les patients.

Conclusion

Le CQ représente une excellente plateforme pour l'introduction d'un CIR en offrant, grâce aux réflexions déjà faites sur d'autres thèmes, l'atmosphère de confiance et de bienveillance mutuelle nécessaire. En effet, chaque membre y évoque sa manière propre et distincte d'agir. Cette confiance, cette bienveillance et ce respect mutuels peuvent être mis en œuvre de façon productive pour le CIR, ce qui contribue à l'amélioration de la qualité. Il est à souhaiter qu'un grand nombre de CQ inscriront régulièrement le CIR à leur ordre du jour.

Références

1 Haller U, Welti S, Haenggi D, Fink D. Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86:1665–7.
2 Helmreich RL. On error Management. BMJ. 2000;320:783–5.
3 Leape LL, Berwick DM. Safe healthcare: Are we up to it? BMJ. 2000;320:725–6.
4 Staender S, Davis , Helmreich B, Sexton B, Kaufmann M. The anaesthesia critical incidence reporting system: an experience based database. Int J Md Inf. 1997;47:87–90.
5 Huber F. CIR – Critical Incidence Reporting in der Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83:1517–21.
6 Brun A. Erste Erfahrungen mit einem anonymen, internetbasierten Fehlermeldesystem für Grundversorger. Therapeutische Umschau. 2005;62:175–8.
7 Brun A. Alors où en sommes-nous, les médecins de premier recours, dans notre «culture de l'erreur médicale»? PrimaryCare. 2007;7(13):220–1.
8 www.ssmg.ch.
9 Ollenschläger G. Schweiz Ärztezeitung. 2001;82:1404–10.

Dr Daniel Gelzer
Flachsländerstrasse 7
4057 Basel
dgelzer@balcab.ch

Tous les articles concernant les cercles de qualité acceptés en publication par la rédaction de PrimaryCare sont honorés à raison de 500.– CHF. Ce soutien aux activités des cercles de qualité est rendu possible grâce à un sponsoring de la maison Pfizer (voir l'éditorial du numéro 23/2002 de PrimaryCare [http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-23/2002-23-251.pdf]). La rédaction de ces articles est toutefois entièrement indépendante de ce sponsoring et ils ne sont proposés à la publication qu'après avoir été revus par la rédaction.