

Anesthésiologie et réanimation: «Oups! On a frôlé la catastrophe»

CIRRNET: un réseau de notification d'incidents critiques en anesthésie destiné à en tirer des leçons

Sven Staender^a, Olga Frank^b, Marc-Anton Hochreutener^b, Peter Wiederkehr^c, Beat Meister^d

^aAnästhesie und Intensivmedizin, Spital Männedorf, ^bCIRRNET, Stiftung Patientensicherheit, ^cAnästhesie, Spital Bern-Ziegler,

^dStiftung Patientensicherheit in der Anästhesie der SGAR

«Après une anesthésie générale, un enfant de quatre ans a repris conscience en salle de réveil, et il est prêt à retourner dans son service d'hospitalisation. Le personnel infirmier de la station en est avisé, mais il tarde à venir chercher l'enfant. Pour que le temps paraisse moins long, l'infirmière de la salle de réveil lui donne une seringue vide et propre de 20 ml en guise de jouet. L'enfant bien réveillé observe attentivement comme l'infirmière utilise sans cesse une seringue exactement semblable à la sienne pour injecter quelque chose dans le bras perfusé d'autres patients de la salle de réveil. L'enfant aspire 20 ml d'air dans sa seringue et allait se les injecter dans le bras par le site d'injection du cathéter veineux périphérique. L'infirmière s'en aperçoit in extremis et réussit ainsi à éviter le pire.»¹

Malgré la standardisation et les contrôles de qualité, ce genre d'incidents se produit et se répète parce que nous avons tendance à sous-estimer la complexité de notre environnement de travail. La liste des incidents est longue: gel échographique contaminé, cathéter péridural défectueux, confusion entre les médicaments, etc. Le répertoire actuel du CIRRNET en compte plus de 500.

Pour l'instant, la base de données du CIRRNET comprend exactement 523 cas. La Fondation pour la Sécurité des Patients et la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR) ont développé CIRRNET (Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK), un projet de réseau commun qui recueille les leçons tirées des erreurs en anesthésiologie.

Dans le cadre d'une culture sécuritaire bien consolidée, les systèmes de notification d'incidents critiques (par ex. le Critical Incident Reporting System CIRS[®]) forment un élément central de la saisie systématique des erreurs [1, 2]. CIRS[®] est un outil de notification des incidents critiques en médecine [3]. Il montre quels sont les problèmes sécuritaires dans des situations complexes et détecte les points critiques du système, et ainsi il encourage durablement l'acquisition de compétences à partir d'erreurs. Le fait de reconnaître des événements critiques doit être perçu comme une occasion d'élargir les connaissances sur leurs causes et d'en déduire des mesures de prévention d'erreurs. Pour trouver une solution

innovatrice à un problème de sécurité, il est nécessaire de se situer dans un cadre imprégné d'ouverture et de confiance. Il ne faut pas centrer l'attention sur les personnes qui commettent une erreur, mais sur les circonstances qui font surgir ces erreurs.

Grâce à ses efforts systématiques pour améliorer la sécurité des patients, l'anesthésiologie fait ici figure de pionnière [4, 5]. En 1998 déjà, la SSAR et sa Fondation pour la sécurité des patients en anesthésie ont lancé «CIRS[®]», un système national de notification d'«incidents critiques» pour les anesthésistes suisses. En outre, 20% des hôpitaux suisses ont introduit des systèmes de notification d'«incidents critiques» au niveau de l'entreprise ces dernières années, générant ainsi des annonces sur le plan local. Ces systèmes de saisie d'erreurs restent cependant souvent confinés à l'hôpital en question, alors qu'il est essentiel qu'un réseau d'annonce d'incidents dépasse cette limite pour mieux favoriser l'échange suprarégional de compétences.

Le projet CIRRNET a construit un réseau national reliant les différents systèmes de saisie d'erreurs des hôpitaux et des services d'anesthésie qui s'y sont raccordés. Ce projet sert ainsi à diffuser les notifications d'incidents critiques dans les services connectés. C'est l'importance que peut revêtir un incident critique par-delà les limites d'un seul hôpital qui représente le critère de publication sur CIRRNET. De cette manière, l'identification et l'analyse des champs de problèmes de portée suprarégionale permettent de déduire des recommandations qui seront rediffusées dans le but d'éviter de répéter des erreurs.

Objectifs de CIRRNET

Mise en place d'une banque de données CIRRNET qui réunit les notifications CIRS[®] locales pour construire une base de données suprarégionale. Ainsi pourra-t-on constituer un support permettant d'identifier les champs de problèmes d'importance nationale.

¹ Recommandation élaborée par la fondation: soyez prudents lorsque vous donnez une seringue à un enfant pourvu d'un accès intraveineux, car en jouant avec cet instrument il peut mettre sa vie en danger.

Du rapport à la réaction → on collecte les notifications CIRS® locales, puis les experts développent et diffusent les mesures servant à la prévention des erreurs.

Premiers résultats de CIRRNET

Dépliants et série d'articles: le thème de la communication après un incident fut le premier champ de problèmes que la Fondation pour la Sécurité des Patients et la Fondation pour la sécurité des patients en anesthésie avaient élaboré en commun. Ces fondations ont résumé les aspects essentiels de la communication après un incident dans un dépliant, puis elles l'ont envoyé à toutes les stations de soins aigus de Suisse. De plus, la Fondation pour la Sécurité des Patients s'est lancée dans la publication d'une première série d'articles «Wenn etwas schief geht – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall», afin de compléter le dépliant par des informations d'arrière-plan plus détaillées (fig. 1 [6]).



Figure 1
Premier numéro d'une série de publications de la Fondation pour la Sécurité des Patients «Quand les choses tournent mal: communiquer et agir à la suite d'un incident».

«Alerte rapide»: à partir des notifications de la banque de données, le groupe de pilotage CIRRNET a identifié des champs de problèmes spécifiques, qu'il a nommé des «points chauds». A partir de là, des experts des disciplines médicales ont élaboré des recommandations, diffusées dans les centres de santé sous forme d'«alertes rapides». Il s'agit là de mises en garde contenant des recommandations d'amélioration qui recouvrent des champs de problèmes de sécurité du patient, importants, concrets et aisément délimitables. L'intérêt du projet CIRRNET commence à dépasser le domaine de l'anesthésiologie. Sa présence s'étend à d'autres branches médicales et à d'autres hôpitaux. C'est pour cette raison qu'à l'origine déjà, ce projet fut conçu de façon à donner une ouverture aux autres sociétés de disciplines médicales.

Ce qui n'est hélas toujours pas clarifié, ce sont les problèmes juridiques touchant à ces banques de données regroupant les incidents (des concepts tels que «l'obligation de produire les informations», à comprendre comme la remise de ces banques de données lors d'enquêtes pénales, «la responsabilité juridique de l'organisation», etc.). Les appels de mise en garde de juristes, prononcés depuis de nombreuses années, n'ont hélas toujours pas déclenché de réaction auprès des juristes responsables, des politiciens et des autorités en charge de la santé publique [6].

Du point de vue juridique, les projets comme CIRRNET évoluent sur un sol mouvant, et cela même si la direction de certains hôpitaux les revendique dans leur mandat de prestations sur le plan local. Il est bien clair qu'il faut agir sur ce plan.

En attendant, les médecins motivés et participant au projet CIRRNET continueront de s'efforcer de diffuser les connaissances importantes et utiles sur les problèmes de sécurité dans nos secteurs de travail. Les auteurs tiennent à les remercier cordialement pour leur motivation et l'énergie mise dans ce projet.

Si vous désirez en savoir davantage sur le projet CIRRNET, sur les hôpitaux qui en font partie, sur les résultats tirés de CIRRNET et sur la prise de contact avec CIRRNET, nous vous suggérons de vous rendre sur le site web de CIRRNET entretenu par la Fondation pour la Sécurité des Patients: → www.cirynet.ch.

Correspondance:
Dr Sven Staender
Chefarzt
Institut für Anästhesie
und Intensivmedizin
Spital Männedorf
CH-8708 Männedorf
s.staender@spitalmaennedorf.ch

Références

- Reason, J. Managing the risks of organizational accidents. 1997. Hampshire, England, Ashgate Publishing Company.
- Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Eng J Med. 2003;348:1051–6.
- Staender S, Davies J, Helmreich B, Sexton B, Kaufmann M. The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. Int J Med Inf. 1997;47:87–90.
- Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable Anesthesia Mishaps: A Study of Human Factors. Anesthesiology. 1978;49:399–406.
- Staender S. Incident reporting as a tool for error analysis in medicine. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich. 2001;95:479–84.
- Kuhn H, von Below G. CIRSmedical: une mise à jour. Bulletin des médecins suisses. 2003;84(42):2197–200.