



sécurité des patients suisse
CIRRNET

CIRRNET - Rapport annuel



2017

Sommaire

AVANT-PROPOS.....	1
1 RETROSPECTIVE 2017	2
1.1 Ensemble des mesures.....	2
1.2 Déclarations CIRRNET	2
1.3 Quick-Alerts.....	3
1.4 Journée CIRRNET	4
1.5 Comité du CIRRNET	6
1.6 CIRRNET : participants.....	6
1.7 Présentation du réseau	6
1.8 Mois de déclaration CIRRNET	7
1.9 Hot spots identifiés en 2017.....	11
2 PERSPECTIVES 2018	15
2.1 Journée CIRRNET	15
2.2 Participants au CIRRNET	15
2.3 Mois de déclaration CIRRNET	15
2.4 Quick-Alerts.....	15
2.5 Arrêt du Tribunal fédéral	15
2.6 Rapport annuel CIRRNET.....	15

AVANT-PROPOS

Le réseau CIRRNET a une nouvelle fois déployé de nombreuses activités au cours de l'année 2017, avec comme point fort la Journée CIRRNET, organisée le 23 mars 2017 à Olten. Cette rencontre était consacrée au thème « Erreurs d'étiquetage d'échantillons de laboratoire ». Pour la première fois, un atelier a été proposé aux participants, qui étaient invités à réaliser ensemble des prototypes d'étiquetage sûr grâce à la méthode du « design thinking ».

L'équipe de gestion du CIRRNET s'occupe également, tout au long de l'année, d'élaborer des Quick-Alerts. Elle en a publié trois dans les trois langues nationales courant 2017. Cependant, tous les problèmes qu'elle identifie ne peuvent pas faire l'objet de Quick-Alerts. En raison de la difficulté à cerner une problématique ou de sa faible pertinence pour la pratique, il arrive que le travail entamé ne soit pas mené à terme. D'entente avec le comité du CIRRNET, l'équipe de gestion du CIRRNET a décidé que le précieux savoir accumulé dans l'étude de Quick-Alerts non publiées ne devait pas être perdu, mais devait être mis à la disposition des participants au CIRRNET. C'est pourquoi le rapport annuel 2017 propose pour la première fois aux adhérents au réseau, sous la rubrique « Hot spots identifiés », les connaissances réunies sur des thèmes qui ne se prêtaient pas au format d'une Quick-Alert.

Autre moment phare : le mois de déclaration CIRRNET, organisé en octobre. Au vu du faible nombre de déclarations parvenues, les résultats ne seront toutefois pas présentés, comme l'année précédente, durant la Journée CIRRNET, mais sont résumés dans les pages de ce rapport annuel. Pour 2018, il est prévu de mettre sur pied un nouveau mois de déclaration. Les participants au réseau seront consultés sur le choix du thème.

Vous trouverez dans les chapitres qui suivent des informations plus détaillées sur toutes les activités menées durant l'année écoulée dans le domaine du CIRRNET ainsi que sur les projets planifiés pour 2018.



Carmen Kerker-Specker, MScN
Collaboratrice scientifique CIRRNET
Sécurité des patients Suisse



Dr Olga Frank
Direction du CIRRNET
Sécurité des patients Suisse

CIRRNET – Critical Incident Reporting & Reacting NETwork – est un réseau des systèmes locaux de déclaration des erreurs institués dans différentes organisations de santé, qui a été mis sur pied en collaboration avec la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR). Les fournisseurs de prestations affiliés au réseau transmettent à la banque de données CIRRNET les déclarations d'erreurs enregistrées dans leur système local. En contrepartie, ils peuvent consulter toutes les déclarations figurant dans la banque de données et les utiliser en interne à des fins didactiques. CIRRNET permet ainsi à chacun de bénéficier du savoir des autres. Sécurité des patients Suisse gère le réseau, identifie des problématiques intéressantes au niveau suprarégional, puis élabore, en coopération avec des experts, des recommandations qui sont publiées sous la forme de Quick-Alerts.

1 RETROSPECTIVE 2017

1.1 Ensemble des mesures

Sur l'ensemble des mesures adoptées en 2014, les dernières encore en suspens ont pu être mises en œuvre en 2017.

1.1.1 Recommandations pour la mise en place et la gestion efficace d'un système de déclaration et d'apprentissage

Au printemps, Sécurité des patients Suisse a publié des recommandations pour la mise en place et la gestion efficace d'un système de déclaration et d'apprentissage (CIRS) également en français et en italien. Ce document est désormais gratuitement à disposition sous forme électronique. Il peut être téléchargé dans les trois langues nationales sur le site de Sécurité des patients Suisse (<http://www.patientsicherheit.ch/fr/publications/Mat-riel-d-information-Publications.html>).

1.1.2 Présentation PowerPoint relative aux recommandations

Un document PowerPoint, élaboré à l'intention exclusive des hôpitaux CIRRNET, a également pu être traduit et mis en ligne dans les deux

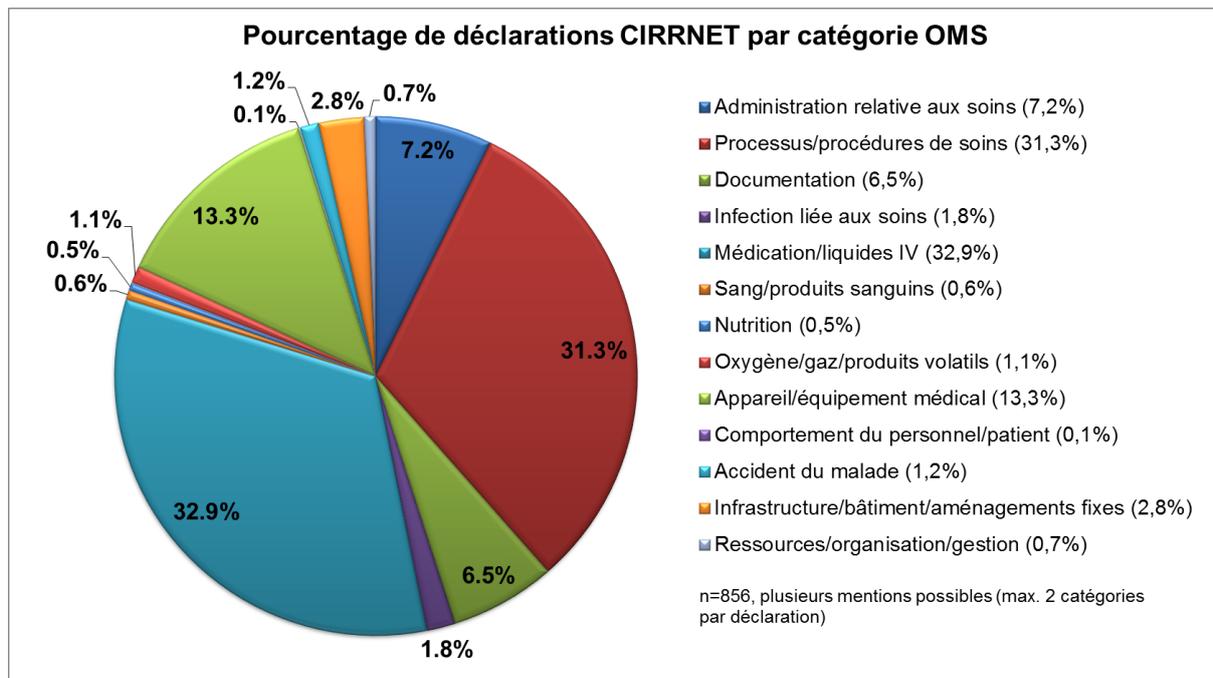
autres langues nationales au début de l'année écoulée. Ces documents peuvent être téléchargés sur la partie Closed User du site CIRRNET (www.cirynet.ch).

1.2 Déclarations CIRRNET

Au cours de l'année 2017, 694 déclarations CIRS locales ont été transmises au réseau CIRRNET par les institutions de santé participant au réseau. Avant de les publier dans la partie Closed User du site Internet, l'équipe de gestion du CIRRNET les examine et les répartit par catégories selon la classification de l'OMS⁽¹⁾. Le graphique 1 présente la répartition des annonces parvenues à CIRRNET en 2017.

Huit rapports figurent actuellement dans la rubrique « Déclarations didactiques » de la plateforme Closed User du site. Les responsables du CIRS dans les institutions sont à nouveau appelés à transmettre des déclarations de haute qualité au CIRRNET, qui puissent être utilisés à des fins d'apprentissage interne.

Graphique 1 : Annonces CIRRNET 2017 réparties par catégorie OMS



1.3 Quick-Alerts

Les déclarations CIRRNET ont une nouvelle fois permis, en 2017, d'identifier plusieurs problématiques ayant trait à la sécurité des patients. Lors de la consultation de la littérature scientifique ou pendant le processus de mise au point des Quick-Alerts, l'équipe de gestion du CIRRNET a renoncé dans plusieurs cas pour diverses raisons à émettre des recommandations (voir point 1.9 « Hot spots identifiés en 2017 »). Toutefois, trois Quick-Alerts ont été élaborées en allemand, français et italien, grâce à la précieuse collaboration d'un total de 32 experts, issus de différentes institutions de soins. De par leur vaste expertise, ces personnes ont apporté une contribution essentielle au développement des trois Quick-Alerts résumées ci-après. Avant leur publication, les textes ont été soumis à l'approbation de dix associations professionnelles et organismes spécialisés.



Quick-Alert n° 40 : Quelle solution vectrice utiliser : Aqua ad iniectionabilia, Glucose 5 %, Ringer Acetat, Ringer Lactat ou, par mesure de sécurité, NaCl 0,9 % ?

Comme le montrent plusieurs cas signalés dans CIRRNET, il arrive que la solution utilisée pour préparer des médicaments à administrer par voie parentérale – NaCl 0,9 %, Glucose 5 %, Aqua ad iniectionabilia, solutés de Ringer-Lactat ou de Ringer-Acetat – ne soit pas la bonne. La littérature scientifique contient peu d'études sur la fréquence des erreurs dans le choix des solutions de dilution pour les injections ou les perfusions. De telles erreurs constituent cependant un problème de sécurité de la médication, et des recommandations concrètes sont nécessaires pour introduire des mesures d'amélioration dans la pratique.

Cette Quick-Alert peut être téléchargée sur le site de Sécurité des patients Suisse (<http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Quick-Alerts.html>).



Quick-Alert n° 41 : Anticoagulants oraux directs – Eviter la double administration non intentionnelle

L'introduction de l'anticoagulation orale directe a modifié de façon notable la gestion de l'anticoagulation périopératoire. Le risque majeur d'une anticoagulation médicamenteuse est l'hémorragie. De nombreuses déclarations CIRRNET ayant mis en évidence la problématique des anticoagulants, cette Quick-Alert vise à compléter les lignes directrices fournissant des informations sur l'utilisation correcte de ces substances, en attirant l'attention sur le risque que constitue leur double administration.

Cette Quick-Alert peut être téléchargée sur le site de Sécurité des patients Suisse (<http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Quick-Alerts.html>).



Quick-Alert n° 42 : Risques et effets secondaires du Point of Care Testing (POCT) en milieu hospitalier

Les appareils Point of Care Testing sont devenus incontournables dans le quotidien clinique des établissements de santé. Ils permettent d'effectuer des analyses de laboratoire à proximité immédiate du patient et sont fréquemment utilisés dans les services d'urgence, les unités de soins intensifs et les services d'hospitalisation, mais aussi dans les cabinets médicaux ou au domicile des patients. Les avantages qu'ils présentent doivent cependant être mis en balance avec les risques inhérents à leur utilisation.

Cette Quick-Alert peut être téléchargée sur le site de Sécurité des patients Suisse (<http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Quick-Alerts.html>).

1.4 Journée CIRRNET

La Journée CIRRNET, qui s'est déroulée le 23 mars 2017, avait pour thème les « Erreurs d'étiquetage d'échantillons de laboratoire ». L'idée était de bâtir la rencontre autour du thème choisi pour le mois de déclaration 2016. Ce projet s'est concrétisé avec succès.

Comme à l'accoutumée, la matinée a été consacrée à diverses conférences et présentations de cas. Sept intervenantes et intervenants ont apporté leurs connaissances sur le thème principal de la journée. Les informations issues de la littérature scientifique et les résultats de l'analyse du mois de déclaration ont été exposés. Un moment a été consacré à présenter la méthode du « design thinking » et les aspects liés au facteur humain. Deux exemples de cas tirés de la pratique ont permis d'illustrer de façon parlante les défis qui peuvent se poser dans le quotidien clinique et les mesures prises par certaines institutions pour éviter les erreurs d'étiquetage. Les quelque 60 participants ont suivi les exposés avec un intérêt soutenu et ont posé de nombreuses questions, établissant ainsi des échanges passionnants avec les intervenants.

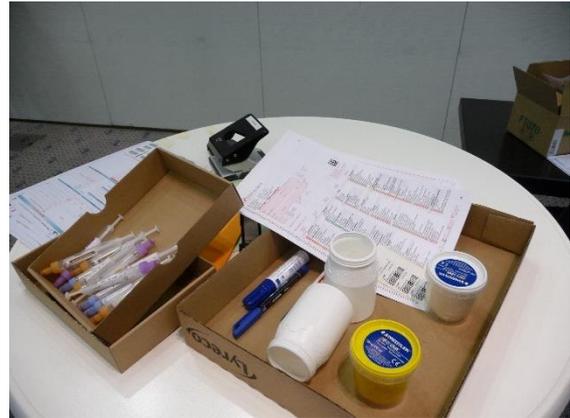
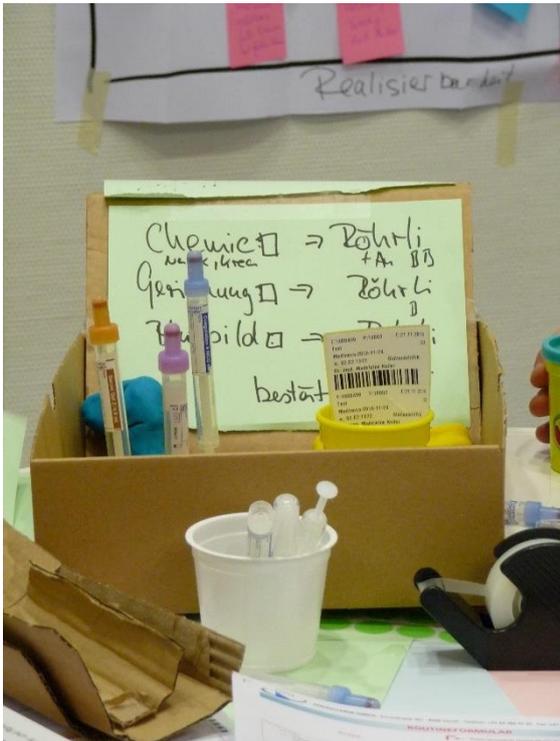


Les présentations peuvent être téléchargées sur le site de Sécurité des patients Suisse (<http://www.patientensicherheit.ch/fr/th-mes/L-incident--opportunit--d-apprentissage/CIRRNET0.html>).

L'ensemble des exposés et des débats ont bénéficié d'une traduction simultanée assurée par deux interprètes professionnelles (allemand ↔ français).

L'après-midi entière a été réservée à un atelier interactif au cours duquel les participants, répartis en petits groupes, ont cherché des solutions novatrices au problème des erreurs d'étiquetage en utilisant la méthode du « design thinking ». Par un processus itératif, ils ont pu échanger leurs idées et les réaliser sur place sous forme de prototypes.

Ci-dessous, quelques images de l'atelier « design thinking ».



Les participants ont beaucoup apprécié le concept de la journée. L'atelier interactif a été bien suivi et les différents groupes ont créé des prototypes très intéressants.

Comme les années précédentes, la participation à la Journée CIRRNET était gratuite pour toutes les personnes venant des hôpitaux CIRRNET.

A la suite de la Journée CIRRNET 2017, Sécurité des patients Suisse et la Haute école des arts de Berne examinent différentes options pour la mise en œuvre d'un projet de suivi afin d'éviter ou de réduire les erreurs d'étiquetage des échantillons de laboratoire à l'avenir.

1.5 Comité du CIRRNET

Le comité CIRRNET s'est réuni une fois en 2017 pour une séance de travail. L'équipe de gestion du CIRRNET remercie tous les membres du comité pour leur engagement et pour l'excellente collaboration établie avec eux.

Le comité du CIRRNET se compose actuellement des personnes suivantes :

- **Degiorgi Adriana**
Chef du domaine de direction Soutien à la gestion et chef du service qualité et sécurité des patients, Ente Ospedaliero Cantonale
- **Dr Frank Olga**
Direction du CIRRNET, Sécurité des patients Suisse
- **Haefliger Tobias**
Responsable qualité, Kantonsspital Uri
- **Kerker-Specker Carmen MScN**
Collaboratrice scientifique CIRRNET, Sécurité des patients Suisse
- **Paula Helmut**
Responsable Gestion de la qualité et des risques cliniques, Groupe Insel SA, Berne
- **Dr Schumacher Philippe**
Médecin-chef Anesthésie et médecine intensive, Bürgerspital Soleure, président de la Fondation pour la sécurité des patients en anesthésie
- **Prof. Schwappach David**
Directeur recherche et développement, Sécurité des patients Suisse
- **Sollmann Ulrike**
Responsable Gestion de la qualité, Hirslanden SA
- **PD Dr Staender Sven**
Médecin-chef Anesthésie et médecine intensive, Hôpital de Männedorf
- **Prof. Wasserfallen Jean-Blaise**
Vice-Directeur médical, CHUV

1.6 CIRRNET : participants

Sept nouvelles institutions de santé comprenant au total 30 sites ont adhéré au réseau CIRRNET au cours de l'année écoulée. Pour la première fois, on salue l'arrivée dans CIRRNET d'un groupe de cliniques avec l'ensemble de ses entités : il s'agit du Groupe Hirslanden SA, qui participe désormais au réseau avec ses 17 sites.

Trois institutions ont résilié leur contrat CIRRNET à fin 2017.

Le réseau compte dès lors, au 1^{er} janvier 2018, 28 institutions de santé avec au total 65 sites.

1.7 Présentation du réseau

L'an dernier, l'équipe de gestion du CIRRNET a eu plusieurs fois l'occasion de présenter le réseau, tant au plan national qu'international. Par exemple, auprès de l'association des hôpitaux et des EMS du canton des Grisons, lors d'une réunion des services d'aide et de soins à domicile à Zurich, lors de la 6^e Journée sur la médecine de qualité en Suisse ainsi qu'au 2^e symposium CIRS organisé à Berlin.

1.8 Mois de déclaration CIRRNET

Suite au succès du mois de déclaration 2016, l'équipe de gestion du CIRRNET a réédité l'expérience en 2017. Comme l'année précédente, l'ensemble des participants au réseau ont été invités à transmettre en octobre tous les signalements locaux CIRS concernant le thème choisi, à savoir « Erreurs de médication avec l'insuline ». Les institutions ont à nouveau reçu en amont du mois de déclaration divers documents d'information à usage interne, comme des modèles de posters et de flyers. Le mois de déclaration a été annoncé à plusieurs reprises, par la newsletter de la fondation ainsi que par e-mail aux participants du réseau CIRRNET.

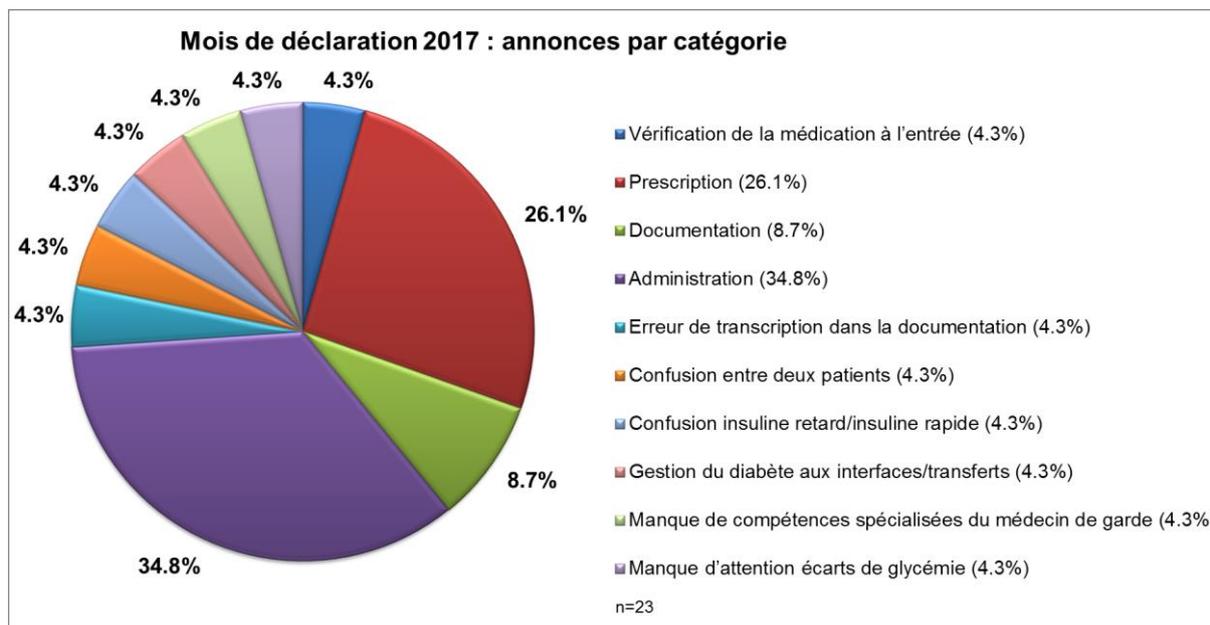
A la fin du mois de déclaration, 22 signalements locaux CIRS étaient parvenus dans la banque de données CIRRNET, bien que le délai de transmission des rapports ait été prolongé. L'équipe de gestion du CIRRNET les a tous examinés et classés par catégories.

1.8.1 Evaluation du mois de déclaration CIRRNET

Les 22 annonces communiquées durant le mois de déclaration sur le thème de l'insuline ont été réparties par catégorie, l'une d'entre elles ayant été attribuée à deux catégories (ce qui explique la mention n=23 sur le graphique).

La majorité des déclarations (n=16, 69,6 %) ont été classées dans les trois catégories prescription (n=6, 26,1 %), documentation (n=2, 8,7 %) et administration (n=8, 34,8 %). Les autres catégories ne contenaient qu'une seule déclaration chacune (voir graphique 2).

Graphique 2 : Classement par catégorie des annonces du mois de déclaration 2017



A titre d'exemple, une déclaration CIRRNET originale par catégorie est reproduite ci-après.

Vérification de la médication à l'entrée & erreur de transcription dans la documentation

(cette déclaration a été attribuée à deux catégories) :

« Le patient a été admis chez nous le 27.09.2017 avec un diagnostic de diabète de type 2. Jusqu'à son arrivée, il gérait de façon autonome le contrôle de sa glycémie et ses injections d'insuline complémentaires selon un schéma. Quelques jours plus tard, la prescription de Tresiba de 20h a été modifiée, passant de 8 UI à 10 UI. J'ai modifié l'ordre sur la feuille à la main et inscrit 18 UI. Entre le 29.09. et le 04.10., le patient s'est donc injecté chaque soir à 20h 18 UI au lieu des 10 UI prescrites. Cette erreur a été découverte le 04.05. par la personne de service le soir. Elle en a parlé avec le patient et l'erreur a ainsi été mise en évidence. L'ICUS, le médecin de la division et le médecin-chef en ont été immédiatement informés. On a ensuite appris que le patient s'injectait plus ou moins d'insuline selon ce qu'il avait mangé. Durant tous ces jours, la glycémie du patient avait été constamment supérieure à la normale. Après un entretien avec lui, il a été découvert qu'avant son admission en clinique, il s'injectait 22 UI. Il a ensuite été clair pour lui qu'il devait passer à 18 UI. »

Prescription

« L'insuline a été inscrite dans le dossier électronique du patient (KISIM) en ml au lieu d'unités. »

Documentation

« La veilleuse a mesuré la glycémie (5,2 mmol/l) et l'a inscrite de façon correcte sur la courbe via le schéma d'injection insulinaire. Selon ce schéma, il convenait d'injecter 2 UI d'insuline. La veilleuse n'a pas indiqué si elle avait fait cette injection ou si elle laissait les infirmières de jour s'en occuper. L'inscription a été visée (autrement dit le « ? » est devenu un « 2 » en noir), car le système le fait automatiquement au moment où la valeur de la glycémie est inscrite. Le patient ne pouvait pas me renseigner et la veilleuse était déjà partie. Par mesure de sécurité et pour éviter d'administrer une double dose, l'insuline n'a pas été injectée. A midi, la glycémie était légèrement augmentée. »

Administration

« Avant le repas, j'ai mesuré la glycémie. J'ai ensuite préparé la seringue d'insuline nécessaire (Humalog), l'ai fait contrôler puis ai déposé le plateau dans le bureau de la division. Le chariot des repas est arrivé, j'ai aidé à servir les repas et j'ai oublié d'injecter l'insuline. Je ne l'ai fait que 25 minutes environ après le repas du patient. »

Confusion entre deux patients

« Administré Novorapid s/c au mauvais patient. Injecté l'insuline en partant du principe que cela avait été contrôlé. Dans le stress, pas posé la question pour m'en assurer. (J'avais préparé moi-même la seringue). C'est l'après-midi, en faisant le contrôle, que j'ai remarqué l'erreur. Le médecin a été informé. Pas de conséquence pour le patient, car sa glycémie était augmentée et qu'il tolérait bien le Novorapid. Pas de conséquence non plus pour l'autre patient. Glycémie légèrement augmentée. Injecté à midi selon le schéma correct. »

Confusion entre insuline retard et insuline rapide

« *Insuline rapide et retard injectées au mauvais patient.* »

Gestion du diabète aux interfaces/au moment des transferts

« *Le patient a été admis au service des urgences. Il a dans ses diagnostics secondaires un diabète insulino-dépendant. Lorsqu'il est transféré en division, l'infirmière remarque que la glycémie n'a pas été contrôlée, et que ce contrôle n'est pas prévu. Il manque aussi une prescription d'insuline. Elle demande au médecin de s'en occuper. La mesure de la glycémie et l'administration d'insuline ont été faites avec retard dans la division. Ce n'est qu'un exemple. Quelques jours plus tard, une situation identique s'est à nouveau présentée. La glycémie n'a pas été contrôlée chez le patient et il n'y avait pas de prescription d'insuline, bien que le diabète ait été indiqué dans les diagnostics secondaires.* »

Manque de compétences spécialisées chez le médecin de garde

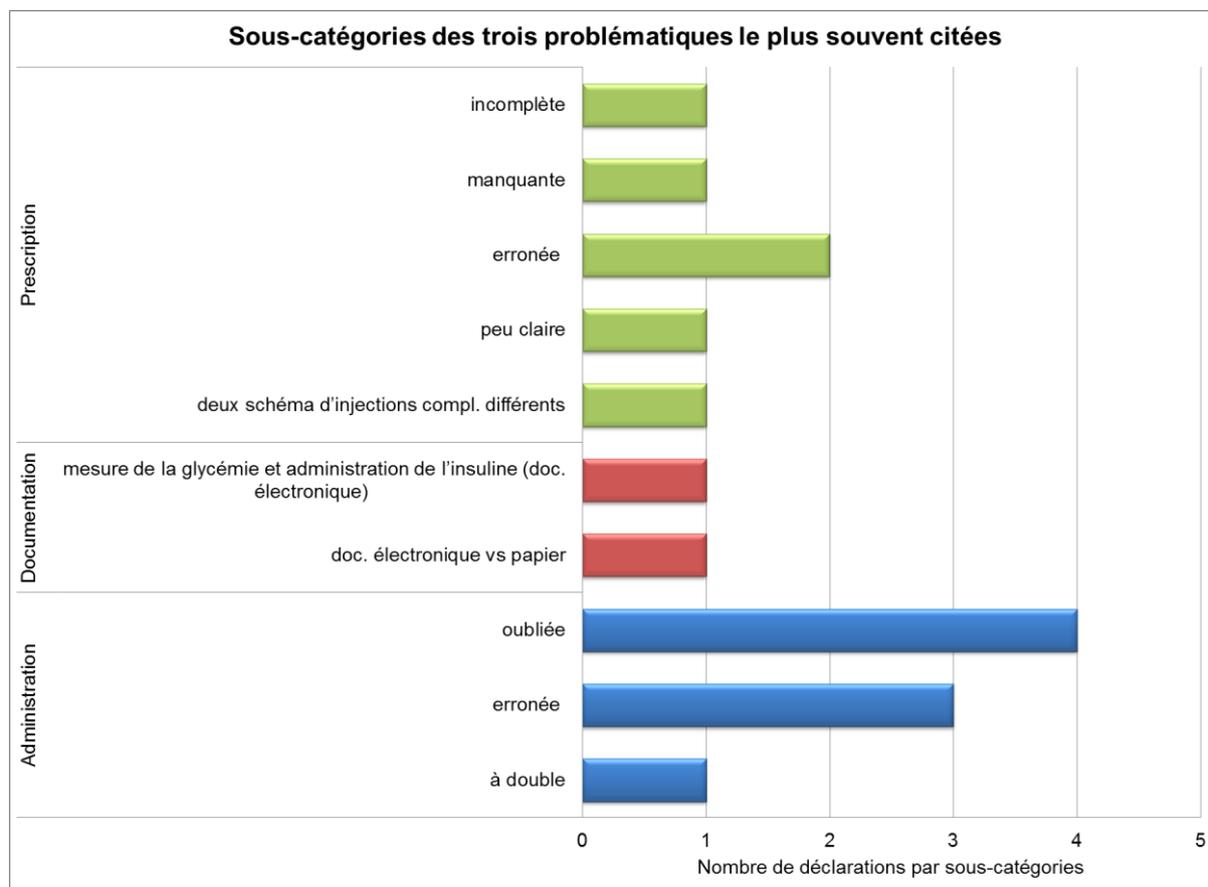
« *Un enfant est hospitalisé pour une chimio et doit en conséquence recevoir de l'insuline. Celle-ci doit être injectée à partir d'une glycémie >15. Comme la visite n'a lieu qu'à 12h et la consultation avec l'oncologue à 14h, la glycémie de l'enfant monte jusqu'à 41,1. Le médecin de garde manque de connaissances spécialisées concernant les patients sous traitement oncologique.* »

Manque d'attention par rapport aux écarts de glycémie

« *Pendant la nuit, une patiente connue comme diabétique a eu une hypoglycémie, qui a été corrigée selon le schéma de l'établissement. Le matin, sa glycémie était à nouveau dans la norme. La patiente a donc reçu l'insuline d'action lente selon la dose habituelle prescrite. C'est seulement après l'injection qu'on s'est aperçus que l'hypo de la nuit était probablement due à un surdosage d'insuline le jour précédent.* »

Les trois catégories principales – prescription, documentation et administration – ont été examinées de plus près et subdivisées en sous-catégories (voir graphique 3).

Graphique 3 : Sous-catégories des problématiques les plus fréquentes



En 2015 déjà, Sécurité des patients Suisse s'était penchée de manière approfondie sur les déclarations CIRRNET relatives au thème de l'insuline. Une analyse systématique avait alors été réalisée sur toutes les annonces d'erreurs en lien avec l'insuline publiées sur CIRRNET. Deux expertes qui ont travaillé indépendamment l'une de l'autre ont classé ces annonces d'erreurs par catégorie en suivant les étapes du processus de médication et ont identifié les problématiques. Selon leur analyse, 90 % des déclarations CIRRNET pouvaient être attribuées aux trois catégories prescription, documentation et administration. L'évaluation récente des déclarations CIRRNET recueillis durant le mois de déclaration confirme ces conclusions.

Les informations détaillées sur l'analyse de 2015 figurent dans l'article publié par le Bulletin des médecins suisses : « Erreurs médicamenteuses en lien avec l'insuline »⁽²⁾ (<http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Publications-scientifiques.html>).

1.9 Hot spots identifiés en 2017

Toutes les problématiques identifiées dans la banque de données CIRRNET ne conviennent pas obligatoirement au format des Quick-Alerts. Il est arrivé à parfois que les premières recherches sur un sujet et les avis obtenus des experts amènent à conclure que la thématique ne pourrait pas donner lieu à des recommandations pratiques. Les connaissances et les nombreuses informations recueillies jusqu'à présent n'ont pas encore été mises à disposition des hôpitaux, malgré la grande pertinence qu'elles peuvent avoir pour eux.

Dorénavant, conformément à la recommandation du comité du CIRRNET, toutes les problématiques recensées et les connaissances issues des recherches en cours seront publiées dans le rapport annuel CIRRNET.

A noter que le chapitre qui suit ne restitue « que » des réflexions fragmentaires, de premières évaluations et discussions qui ne prétendent pas – et ne peuvent pas prétendre – à l'exhaustivité et ne doivent pas être vues comme des prises de position adoptées par un collectif d'experts. Ces textes doivent être lus comme des résultats intermédiaires du processus d'élaboration d'une Quick-Alert non achevée.

Hot spot 1 : « Nourrissons diabétiques et administration de stéroïdes »

Exemple de cas : « *Un nourrisson atteint de diabète de type 1 est hospitalisé pour une infection virale persistante et récidivante et de fortes fluctuations de sa glycémie et en raison de l'épuisement de sa mère. Insuline selon schéma à 2 inj. avec Actrapid/Insulatard. Etant donné la suspicion initiale d'infection virale et en présence d'oreilles congestionnées, traitement avec Amoxicilline. L'enfant ayant de fortes quintes de toux durant la nuit, le médecin de garde lui prescrit du Bethnesol. Le jour suivant, glycémie fortement augmentée à 20-30 mmol/l. → forte hausse des doses d'insuline nécessaire durant quelques jours (1,5-2x la dose habituelle), retour rapide à la norme difficile chez un très jeune enfant. → Face à un diabète de type 1, l'indication/l'utilisation systématique de corticostéroïdes doit être très bien pesée et les parents ou le personnel doivent être avertis du risque de hausse massive de la glycémie. (Dans l'idéal, éviter les stéroïdes...). Le médecin de garde n'était pas conscient des conséquences, il les a sous-estimées. »*

Cette déclaration met le doigt sur un problème général de médecine. Chez les patients connus comme diabétiques, les stéroïdes augmentent toujours la glycémie. C'est pourquoi il convient d'évaluer le bien-fondé du recours à ces substances dans chaque prescription médicamenteuse et chaque intervention et de considérer soigneusement les dommages et les effets secondaires potentiels. Il s'agit dans ce cas d'un effet secondaire des stéroïdes bien connu, y compris en pédiatrie, raison pour laquelle il n'a pas paru opportun de traiter cette problématique sous forme de Quick-Alert.

Hot spot 2 : « Poche gastrique »

Exemple de cas : « *Lors d'un by-pass gastrique, on découvre à l'ouverture de la poche gastrique pour la gastro-entérostomie une sonde de température qui avait été placée par erreur. Il y avait donc le danger qu'elle soit prise dans la suture par agrafes lors de la création de la poche. PAS de sondes de température ou autres sondes dans l'oesophage lors d'opérations bariatriques, car elles peuvent migrer dans l'estomac lors de manipulations et risquent d'être prises dans les sutures par agrafes. Question lors du Team Time-Out ? »*

Ce cas est très intéressant du point de vue de la chirurgie bariatrique, mais sa pertinence est faible pour la majorité des hôpitaux de soins aigus somatiques. D'entente avec les experts consultés, le comité du CIRRNET a décidé de renoncer à élaborer une Quick-Alert sur cette problématique en raison de sa haute spécificité.

Hot spot 3 : « Design des étiquettes de Tetraspan et de Ringerfundin du fournisseur BBraun »

Exemple de cas : « La société Braun a harmonisé le design de ses emballages de perfusions de glucose. L'indication précédemment univoque de la teneur en glucose (20 % et 40 %) a été remplacée sur tous les emballages par une petite banderole rouge indiquant le pourcentage de glucose. Les perfusions de glucose ont de ce fait été rangées au mauvais endroit dans la pharmacie (le glucose à 40 % sur le rayon du glucose à 5 %) et administrées à la place du glucose à 5 %. Autant qu'il a été possible d'en juger, le glucose à forte concentration n'a pas été passé par une voie veineuse périphérique. »

« ... été frappée par le nouveau design de la société Braun pour ses solutions HAES : elles étaient auparavant de couleur rose, maintenant, elles sont de couleur noire, comme le Ringerfundin. »

Etant donné que le design des solutions sera changé à court terme, Sécurité des patients Suisse n'a pas jugé utile d'élaborer une Quick-Alert sur ce sujet. La fondation et le comité du CIRRNET ont toutefois estimé nécessaire d'informer les hôpitaux du réseau CIRRNET des réactions des différents acteurs et de l'état actuel de la situation.

Retours des hôpitaux consultés : l'année dernière, quelques-uns des hôpitaux concernés ont informé Swissmedic ainsi que le fabricant. BBraun a dès lors mis à disposition des étiquettes autocollantes à apposer sur les solutions Tetraspan afin de bien les distinguer. Les pharmacies des hôpitaux ont placé ces autocollants sur les emballages des perfusions avant de les livrer dans les divisions.

Retours de BBraun : la société BBraun a changé quelques-unes de ses étiquettes suite à la révision partielle de l'ordonnance sur les médicaments. Au vu des communications reçues concernant la ressemblance dans l'apparence entre produits (look alike), BBraun a informé les utilisateurs par écrit et mis à disposition des autocollants rouges. L'étiquetage est en cours de modification, de sorte que l'ancien étiquetage (inscription violette pour les solutions Tetraspan) devrait être réintroduit à fin mars 2017.

Retours de Swissmedic : Swissmedic a également été informé l'année dernière et a pris contact avec la société BBraun. Les nouveaux lots des préparations Tetraspan sont désormais tous produits avec une inscription violette. La société n'a cependant pas rappelé les anciens emballages encore en circulation. Les collaborateurs de la division des autorisations de mise sur le marché sont sensibilisés à la question, car les modifications sont soumises à approbation. Swissmedic souhaite vivement être informé des problèmes de ressemblance dans l'apparence entre médicaments (look alike) et invite à les communiquer à l'adresse market.surveillance@swissmedic.ch.

Etant donné que les inscriptions sur les perfusions de Tetraspan sont désormais imprimées en noir, comme celles du Ringerfundin, et que cette ressemblance (look alike) peut induire en erreur, la pharmacie de l'hôpital appose sur le Tetraspan une étiquette rouge comportant l'inscription « Tetraspan HES », afin de bien différencier les produits (voir ci-dessous).



À gauche : Actuellement sur le marché
 À droite : Nouveau dès fin mars environ



Hot spot 4 : « Information par le médecin »

Exemple de cas : « J'ai reçu un appel demandant si nous étions déjà en train de conduire le patient en salle d'opération, parce que tout le monde était prêt là-bas. J'ai demandé à l'anesthésiste s'il avait terminé sa consultation et si le patient pouvait être transporté en salle d'op. Il m'a dit que oui. En tant que responsable d'équipe, j'ai dit à la personne de référence du patient qu'elle pouvait l'amener en salle d'op. Quelques minutes plus tard, la cheffe de clinique est passée et m'a demandé où était le patient, parce qu'elle devait encore le voir. Nous avons répondu qu'il avait déjà été conduit en salle d'op. Elle nous a dit qu'il n'avait pas encore été informé sur l'opération. Nous avons alors appris que le patient était déjà sous narcose et qu'il était trop tard pour l'informer. »

« La patiente a signé le formulaire d'information et de consentement peu avant l'opération, alors qu'elle avait déjà reçu le Dormicum. En outre, il a été inscrit clairement dans le dossier que la patiente avait donné son consentement pour l'intervention à plusieurs reprises avant l'opération en présence de différents médecins, et en pleine capacité de discernement. »

Les tribunaux émettent des réserves face à une information donnée tardivement. Lorsque cela est possible, le patient devrait recevoir des informations sur l'opération à un moment où il est effectivement en mesure de dire NON à l'intervention et se sent entièrement libre de le faire. Une première recherche dans la littérature sur ce thème a débouché sur ce qui suit :

Extrait du guide de l'ASSM et de la FMH sur les bases juridiques, publié en 2013, p. 42
https://www.fmh.ch/files/pdf12/Rechtliche_Grundlagen_2013_D.pdf

Moment de l'information → Le Tribunal fédéral ne s'est pas encore prononcé clairement sur le moment auquel l'information doit être donnée. En tout état de cause, en cas d'interventions majeures mais non urgentes, le patient doit disposer d'un temps de réflexion suffisant. Conformément aux Lignes directrices de la FMCH en matière d'informations au patient, le moment où l'on délivre l'information est déterminé par l'urgence de l'intervention et l'ampleur des risques auxquels il faut s'attendre. Plus l'intervention est urgente, plus l'information peut être fournie tardivement. Plus les risques sont élevés, plus il faut informer le patient à l'avance. Ce principe est régi par les règles générales suivantes : en cas d'intervention à faible risque en clinique (intervention de routine), le patient doit être informé lors de la planification de l'intervention, mais au plus tard l'après-midi du jour précédant l'intervention. En cas d'intervention à haut risque en clinique, le patient doit être informé au minimum trois jours avant l'intervention.

Extraits d'avis/de réflexions de différents juristes :

Médecine versus droit concernant le moment de l'information → point de vue médical relatif au moment approprié pour l'information au patient versus pratique du Tribunal fédéral concernant ce moment.

Médecine versus droit concernant la forme de l'information → du point de vue médical l'entretien d'information est d'une importance cruciale pour établir la confiance et favoriser le succès du traitement (effet placebo souhaité par l'opérateur). Du point de vue du droit, on préconise souvent l'information par étapes (d'abord une information écrite, puis un entretien d'information). A noter que le Tribunal fédéral a déjà rendu un arrêt selon lequel l'aspect décisif était de déterminer si le patient avait reçu une information suffisante avant de donner son consentement, et que le lieu et le moment où l'information était transmise importaient peu.

Moment où le consentement est donné par oral versus par écrit → importance du moment où le patient a donné son consentement oral (au niveau du droit fédéral, cet élément est déterminant, vu la liberté accordée quant à la forme de l'information et du consentement relatifs à une intervention chirurgicale) versus le moment où le patient a signé le formulaire de consentement (au niveau du droit fédéral, c'est une pure question de preuve, mais celle-ci peut aussi être apportée d'une autre manière.). »

*« La doctrine et la jurisprudence ont souligné de manière répétée qu'en cas d'intervention médicale, l'étendue de l'information et la validité consécutive du consentement devaient être jugées au cas par cas. Ce principe s'applique aussi au moment où l'information est donnée. Sur ce point, la jurisprudence n'est pas très riche. On trouve un résumé des avis et doctrines à ce sujet dans l'ouvrage Hardy Landolt/Iris Herzog-Schwiter, *Arzthaftungsrecht*, Zürich/St. Gallen, 2015, p. 295, chiffres 902 à 906. Pour l'essentiel, c'est la gravité de l'intervention qui est déterminante. Plus l'intervention est complexe, plus l'information doit être précoce. Si celle-ci a été fournie suffisamment à l'avance – dans les cas sévères, au minimum trois jours avant l'intervention –, le consentement peut être donné la veille ou lors de l'admission à l'hôpital. Ce qui importe, c'est que l'information ait été donnée suffisamment tôt dans le processus et que le patient (informé) donne son consentement alors qu'il est en pleine capacité de discernement, autrement dit qu'il n'est pas déjà sous l'influence de médicaments tranquillisants (Landolt/Herzog-Schwiter, *op. cit.*, chiffre 903). Le fait de se référer au cas particulier conduit souvent à une relativisation au détriment du patient. Il convient dès lors de recommander que dès le moment où le patient a reçu une prémédication ayant une influence sur sa capacité de discernement, on renonce par principe à l'informer et à lui demander son consentement écrit. S'il signe une telle déclaration à ce moment, celle-ci ne devrait pas être admise comme un consentement à l'intervention, et l'intervention devrait être considérée fondamentalement comme illicite et qualifiée d'atteinte à l'intégrité corporelle. Font exception les cas d'urgence, autrement dit les cas où la preuve d'un consentement dit hypothétique existe, à savoir lorsque le médecin peut établir que le patient aurait donné son consentement s'il avait été informé en temps opportun, ce qui peut être admis en règle générale pour les interventions comportant peu de risques. »*

Etant donné la complexité de cette problématique et ses composantes strictement juridiques, la fondation et le comité du CIRRNET ont estimé qu'elle ne se prêtait pas au format d'une Quick-Alert. L'élaboration de recommandations sur cette thématique nécessiterait avant tout des compétences juridiques étendues, qui ne constituent pas la spécialité de la fondation.

2 PERSPECTIVES 2018

2.1 Journée CIRRNET

La prochaine Journée CIRRNET se tiendra le mardi 18 septembre 2018 à Berne. Elle sera consacrée à un arrêt du Tribunal fédéral et à son impact sur les systèmes CIRS.

Des informations détaillées seront communiquées en temps voulu via la newsletter de Sécurité des patients Suisse. Comme d'habitude, la participation sera gratuite pour toutes les personnes travaillant dans les hôpitaux CIRRNET.

2.2 Participants au CIRRNET

A partir de 2018, le canton des Grisons exige de tous ses hôpitaux publics qu'ils participent au réseau CIRRNET. En outre, plusieurs établissements sanitaires privés des Grisons se sont déclarés prêts à s'intégrer au réseau dans le cadre d'un contrat global avec le canton. En conséquence, 18 nouvelles institutions de santé grisonnes comprenant au total 20 sites rejoindront le réseau. Ce canton joue en la matière un rôle de pionnier. Il sera intéressant de voir si d'autres cantons lui emboîteront le pas et adhéreront de manière globale au réseau CIRRNET.

2.3 Mois de déclaration CIRRNET

Il est prévu d'organiser à nouveau en 2018 un mois de déclaration sur une problématique touchant à la sécurité des patients. Sur consultation des participants à CIRRNET, il s'est avéré que la période choisie habituellement était peu favorable en raison de la semaine d'action nationale pour la sécurité des patients. Le mois de déclaration sera donc repoussé à novembre 2018. Des informations correspondantes et des rappels seront envoyés par écrit en temps voulu.

A la recherche d'un thème approprié pour ce mois de déclaration, l'équipe de gestion du CIRRNET a demandé des suggestions aux participants au réseau. Elle leur a envoyé un courrier début février, les priant de faire connaître les problématiques qu'ils estimaient pertinentes par rapport à la sécurité des patients. Le comité du CIRRNET choisira un thème parmi les propositions reçues. Les participants en seront informés dès que possible et recevront du matériel d'information à ce sujet.

2.4 Quick-Alerts

Cinq Quick-Alerts sont déjà en préparation en 2018. Elles en sont à des stades d'élaboration différents et seront autant que possible publiées dans le courant de l'année.

2.5 Arrêt du Tribunal fédéral

Dans un cas de dommage survenu dans un hôpital du Tessin, le Tribunal fédéral a décidé d'autoriser la consultation des déclarations CIRS locales. Cette décision va totalement à l'encontre de l'esprit des systèmes de déclaration et d'apprentissage. Une telle décision de justice rend impossible l'apprentissage à partir des erreurs, crée un climat d'insécurité au sein des hôpitaux et réduit pratiquement à néant un instrument précieux de la gestion des risques cliniques. La fondation Sécurité des patients Suisse consacrera la Journée CIRRNET 2018 à cette thématique.

2.6 Rapport annuel CIRRNET

Après avoir publié les trois dernières éditions du rapport annuel CIRRNET uniquement en allemand et en français, Sécurité des patients Suisse a décidé de le faire traduire à l'avenir également en italien.

Bibliographie :

- (1) World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety; Version 1.1. 2009 January [cited 2017 Jan 23].:1-153. Available from:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf?ua=1
- (2) Frank O, Gehrig L, Schwappach D. Systematische Analyse von Medikationsfehlern mit Insulin. Schweizerische Ärztezeitung 2015;96(38):1348-50.