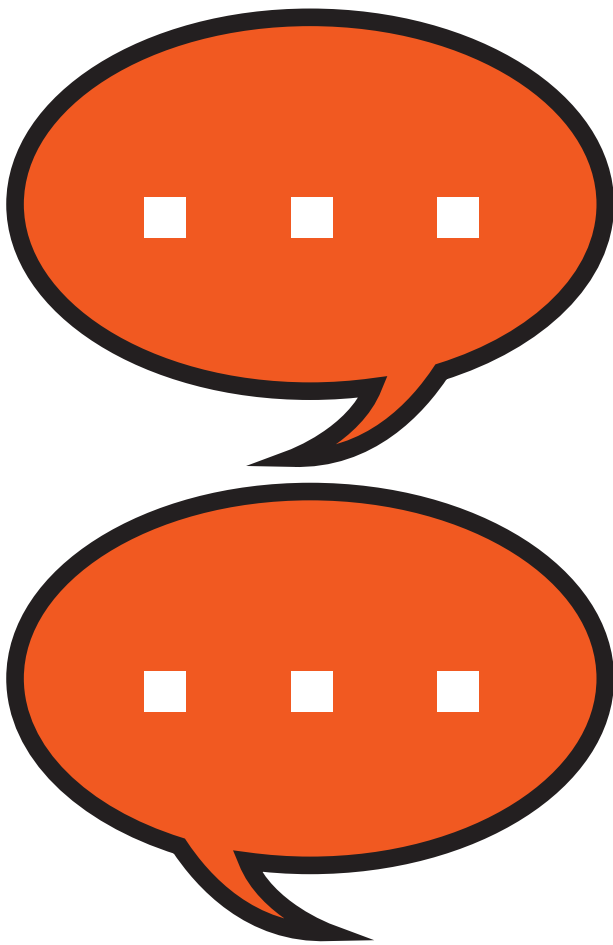


Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 1



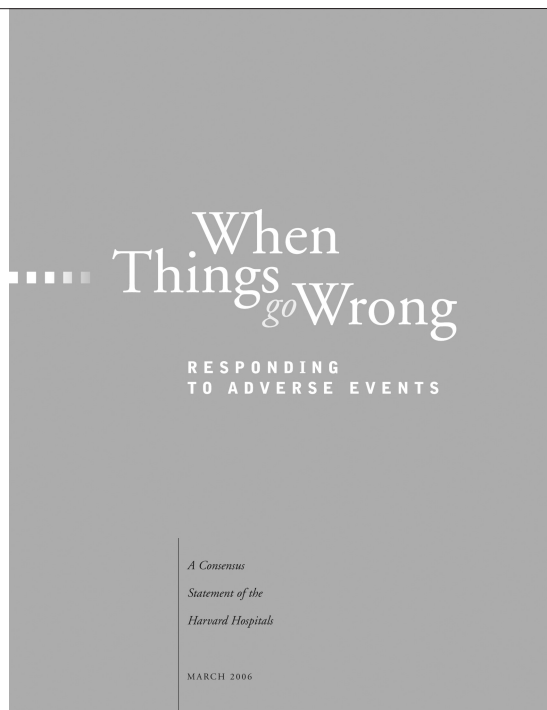
Lorsque les choses tournent mal

Communiquer et agir après un incident
Un document de consensuel
des hôpitaux affiliés à Harvard

Avec un avant-propos de:
Prof. Dieter Conen
Président de la Fondation
pour la sécurité des patients
Dr Marc-Anton Hochreutener
Directeur de la Fondation
pour la sécurité des patients



sécurité des patients suisse



Le concept et les principes du présent document bénéficient de l'appui unanime des institutions de formation de Harvard:

Beth Israel Deaconess Hospital
Brigham and Women's Hospital
Cambridge Health Alliance
Children's Hospital
Dana-Farber Cancer Institute
Faulkner Hospital
Joslin Diabetes Center
Harvard Vanguard Medical Associates
Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Massachusetts General Hospital
McLean Hospital
Mount Auburn Hospital
Newton-Wellesley Hospital
North Shore Hospital
Spaulding Rehabilitation Hospital
VA Boston Healthcare System

Copyright © 2006 Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors

Tous droits réservés. Le présent document peut être utilisé et copié en totalité ou partiellement à des fins de formation ou dans un but non lucratif. Il ne peut être utilisé sous aucune forme à des fins commerciales à but lucratif.

Ce document peut être téléchargé gratuitement via www.macoalition.org dans la version originale anglaise. Les versions allemande et française de la Fondation pour la Sécurité des Patients sont disponibles à l'adresse suivante: Fondation pour la Sécurité des Patients, Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich, +41 (0)43 243 76 70, info@patientensicherheit.ch ou via www.patientensicherheit.ch.

Concernant la reprise du texte par la Fondation pour la Sécurité des Patients

Le Prof. Lucian Leape est l'un des plus grands précurseurs et initiateurs mondiaux du mouvement pour la sécurité des patients. Chirurgien pour enfants et adolescents, il exerce aujourd'hui en qualité de Health Policy

Analyst à la Harvard School of Public Health. Responsable du groupe de travail Full Disclosure, il a été l'un des principaux co-rédacteurs du document original américain. A la demande de la Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse, il a autorisé la traduction et la diffusion de celui-ci dans les pays germanophones et francophones. Nous lui adressons nos remerciements les plus sincères.

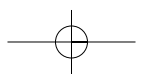
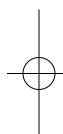
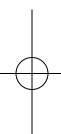
Concernant la traduction en allemand et en français l'adaptation pour notre zone linguistique

Le document a été traduit de l'original aussi fidèlement que possible. Présentant une validité générale, le texte et son contenu n'ont requis que peu d'adaptations ou de compléments. Lorsque des adaptations ou des compléments ont été apportés, ils ont été signalés par une note de l'éditeur (Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse).

Utilisation des genres

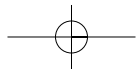
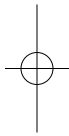
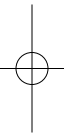
Par souci de lisibilité, seule la forme masculine a été utilisée, elle fait bien entendu référence indifféremment aux personnes de sexe masculin ou féminin.

La traduction française a pu être réalisée grâce au soutien financier du Service qualité des soins des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).



Sommaire

	AVANT-PROPOS	5
	Avant-propos de la Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse	5
	Avant-propos du groupe de travail full-disclosure de Harvard	8
	Members du groupe de travail full-disclosure	9
	INTRODUCTION	10
I.	Définitions	12
	LE PATIENT ET SA FAMILLE	14
II.	Communication avec le patient et sa famille	14
III.	Soutien du patient et de sa famille	21
IV.	Suivi du patient et de sa famille	25
	LE PERSONNEL D'ENCADREMENT MEDICAL ET SOIGNANT	26
V.	Soutien du personnel d'encadrement médical et soignant	26
VI.	Entraînement et formation	28
	LA GESTION DE L'EVENEMENT	30
VII.	Eléments d'une politique hospitalière de gestion des incidents	30
VIII.	Réponse initiale à l'événement	31
IX.	Analyse de l'événement	32
X.	Documentation	34
XI.	Reporting	35
Annexe A:	Quelques formulations pour la communication avec le patient	37
Annexe B:	Une étude de cas relative à la communication avec le patient et sa famille	38
Annexe C:	Eléments du soutien au personnel d'encadrement médical et soignant	39
Annexe D:	Entraînement à la communication	41
Annexe E:	Bibliographie JCAHO sur la divulgation d'incidents médicaux	42
	Référence de littérature	46
	Autres références sur la divulgation d'incidents médicaux	47
	BULLETIN DE COMMANDE DES AIDE-MEMOIRE	50



Avant-propos de la Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse

La communication après un incident de traitement – Un thème capital pour la sécurité du patient

Pour toutes les personnes concernées – patients, famille et personnel médical et soignant –, les incidents de traitement sont extrêmement difficiles à supporter. Lorsque les choses tournent mal, la réaction à cet événement, et plus particulièrement la communication, représentent un défi considérable. Il n'est pas rare que les patients et leur famille soient confrontés à une communication insatisfaisante et dénuée de franchise. De son côté, le personnel médical et soignant doit faire face à un manque de coordination des réponses apportées à la situation, ainsi qu'à des accusations précipitées. Voilà ce que mettent en évidence le récit des souffrances de nombreux patients, proches et prestataires de service, ainsi que l'expérience des assureurs responsabilité civile et des organisations de patients.

Au traumatisme subi par le patient du fait de l'incident viennent s'ajouter des atteintes et des traumatismes psychiques dus à une communication problématique, qui sont difficilement réparables. De son côté aussi, le personnel médical et soignant dans le domaine de compétence duquel l'incident s'est produit, développe des sentiments de culpabilité et éprouve le besoin de discuter de l'événement, de l'intégrer et de se sentir compris. Si un établissement n'accorde pas cette forme de soutien à son personnel médical, ce dernier peut facilement devenir la seconde victime de l'incident.

La gestion d'un événement critique constitue une thématique majeure de toute culture de la sécurité qui définit comment réagir dans le cas d'un préjudi-

ce ou d'un événement indésirable, comment le divulguer et comment la maîtrise de l'événement doit s'organiser ultérieurement.

Les actions juridiques intentées contre les prestataires le sont souvent, non pas du fait de l'incident proprement dit, mais de la médiocrité de la communication après l'événement. Les patients sont dans l'inquiétude, ne se sentent pas correctement traités, sont mal informés concernant leur avenir et insuffisamment soutenus. Le but de l'action intentée en justice est alors d'obtenir transparence et compensation. Souvent, ce n'est même pas l'indemnisation financière qui est au premier plan, mais l'aspiration à être bien informé et à pouvoir comprendre l'incident, ainsi que le besoin de compenser la blessure psychique causée par le manque de sincérité et par l'absence d'expression de regrets.

Les patients ont des aspirations très précises en matière de communication lorsqu'ils sont victimes d'un événement indésirable – qu'il s'agisse d'une erreur ou d'un événement inévitable:

- Ils veulent ressentir de l'empathie et être informés ouvertement, sincèrement et rapidement lorsque les choses tournent mal. Ils veulent que leur besoin de savoir soit respecté.
- Ils veulent sentir des regrets sincères de la part des responsables et souhaitent, le cas échéant, qu'on leur présente des excuses.
- Ils veulent savoir ce qui a mal tourné.
- Ils veulent connaître l'impact de l'événement sur leur santé et savoir comment le traitement va se poursuivre compte tenu de l'incident.
- Ils veulent être protégés de tout préjudice supplémentaire.
- Ils veulent savoir où recevoir de l'aide et être informés des alternatives.
- Ils veulent être sûrs que l'établissement tirera des enseignements de l'incident qui s'est produit et que les mêmes erreurs ne se reproduiront pas.

Lorsque ces informations sont correctement fournies, la confiance dans l'équipe médicale et soignante et dans l'établissement auquel ils s'en étaient remis peut en général être maintenue. Par ailleurs le risque de litiges fâcheux diminue. Tant pour le patient et sa famille que pour le personnel médical et soignant, les conditions sont alors réunies pour

une maîtrise constructive de l'événement. Chacun a alors la certitude que des enseignements seront tirés de l'incident.

Cette gestion transparente des incidents devrait être lumineuse et s'avérer par conséquent nécessaire. Cependant il n'est pas facile de transmettre ou d'expérimenter cette capacité à communiquer ouvertement et à gérer de manière constructive les erreurs. L'une des raisons majeures est de nature culturelle. Au sein de notre société, la perception de soi et la perception de l'autre qui nous ont été transmises sont telles que les erreurs sont souvent pudiquement occultées, et intégrées dans la culpabilité. A cela viennent s'ajouter des motifs juridiques. Les prestataires sont parfois conviés à ne pas s'excuser et, si possible, à ne pas révéler qu'un événement indésirable s'est produit, l'expression de regrets et l'explication du problème étant soi-disant susceptibles d'aggraver la situation ainsi que celle des assureurs responsabilité civile dans le cas d'un procès. Pour le patient, il s'agit d'arguments grotesques auxquels on peut opposer les points de vue suivants:

1. Le simple impératif humain et moral que les auteurs formulent de la manière suivante: Nous abordons ces problèmes sous l'angle du patient en nous demandant: «Qu'est-ce que je souhaiterais si j'avais subi un préjudice dans le cadre de mon traitement?» Alors que dans certaines circonstances, les hôpitaux et le personnel médical et soignant peuvent avoir des intérêts opposés, concernant en particulier les craintes légitimes en matière de responsabilité légale, le cadre de notre réflexion se résume quant à lui à la question suivante: «Qu'y a-t-il lieu de faire?». Ceci revient à dire qu'en raison de considérations humaines, il faut agir et communiquer comme les patients et leur famille le souhaitent.
2. Il existe des indices très clairs montrant qu'une politique de communication transparente n'ag-

grave pas la situation des hôpitaux sur le plan de la responsabilité civile. Les patients qui, dans cette situation, sont traités sur le mode décrit dans le présent document intentent moins souvent des procès que ceux à qui, par précaution, des informations ont été tues et des excuses ont été refusées. Et si une action en dommages-intérêts est malgré tout intentée, elle se déroule de toute évidence avec une moins grande agressivité. Les mesures propices à l'établissement d'une relation de confiance réduisent la tendance aux contentieux, alors qu'une politique de communication réservée, marquée par la dissimulation ou l'inhibition pousse à la méfiance et favorise l'escalade. Une communication offensive cohérente n'aggraverait donc pas la situation juridique mais à l'inverse la désamorcerait.

3. Aux Etats-Unis précisément, les conséquences médico-légales des événements indésirables ont pris des dimensions énormes. En réaction, un mouvement opposé s'est créé, qui démontre qu'en dépit des obstacles juridiques, il existe d'autres solutions. Le présent document en est une preuve parmi d'autres. Il existe des groupes entiers d'hôpitaux (par exemple de nombreux établissements dédiés aux Veterans Affairs) qui sont passés d'une politique défensive à une politique offensive et qui s'en sortent beaucoup mieux que par le passé. En collaboration avec d'importants partenaires, Hillary Clinton a lancé un mouvement (www.sorryworks.net) s'intitulant «Sorry Works!», une appellation qui parle d'elle-même, mouvement qui s'engage sur la scène politique pour qu'une communication empathique et transparente vienne remplacer une politique de communication inhibée par des motifs juridiques.
4. Selon nous, le droit doit être subordonné aux besoins de l'homme et non l'inverse. Les regrets et les excuses ne sont en conséquence jamais assimilables à un aveu justiciable. Les experts en droit de la médecine et les avocats des patients le confirment eux aussi.

Quel objectif la Fondation pour la Sécurité des Patients poursuit-elle en publiant ce document?

Dans toutes les institutions de santé, la communication ouverte et la réponse coordonnée aux incidents de traitement relèvent d'une thématique de direction et exigent une procédure structurée.

La Fondation pour la Sécurité des Patients s'est intéressée à ce sujet. Après avoir étudié des affaires de responsabilité civile après leur clôture, la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR) et sa Fondation pour la Sécurité des Patients en anesthésie sont arrivées à la conclusion qu'il fallait faire de la communication à la suite d'un incident, une thématique majeure. Ces deux organisations ont donc décidé de développer ensemble des «Recommandations pour la communication avec les patients et leurs proches après un incident» et de les diffuser sous la forme d'un aide-mémoire (à commander auprès de la Fondation pour la Sécurité des Patients). Parallèlement, aux Etats-Unis, paraissait la présente documentation «When Things Go Wrong». Les hôpitaux de Harvard (Massachusetts) y formulent des recommandations concrètes établies sur une base consensuelle. Elles démontrent que dans les pays de langue anglaise, le débat concernant cette thématique est certainement plus avancé que dans notre environnement. Ce document nous a tellement convaincus que nous avons décidé d'en reprendre le texte. Grâce à des contacts directs avec les différents représentants des auteurs, la Fondation pour la Sécurité des Patients a reçu l'autorisation de traduire l'ouvrage et de le diffuser dans les pays de langue allemande et française.

Nous suivons en cela une maxime fondamentale de la gestion du risque puisque nous encourageons ainsi la démarche qui consiste à apprendre des autres, ce qui, précisément dans la gestion du risque clinique, est indispensable. Il s'agit ici de problèmes si urgents qu'il serait irresponsable de vouloir une fois encore réinventer la roue.

Ce document fournit – dans l'esprit d'un ouvrage orienté vers la pratique – des informations permettant l'approfondissement de l'aide-mémoire «Recommandations pour la communication avec les patients et leurs proches après un incident». Les fon-

dements scientifiques de nombreux aspects de la communication avec les patients après un incident qui y sont discutés en détail figurent dans un répertoire des ouvrages actuellement pertinents en la matière.

Nous vous invitons à réfléchir aux contenus et à en discuter. Votre feedback, vos expériences et vos critiques nous intéressent. A noter toutefois que ce document a en premier lieu pour objet de fournir aux prestataires une orientation et une structure pour la conception de procédures dans leur établissement. L'objectif du dépliant et de ce document est de soutenir les institutions de santé et les personnes travaillant dans le secteur de la santé dans le cadre de l'élaboration de leurs directives internes. La conception spécifique et l'application des directives et des procédures sont bien entendu de la responsabilité exclusive des prestataires compétents et se doivent de respecter les devoirs de diligence en vigueur ainsi que les critères techniques, professionnels, juridiques et situationnels locaux.

Nous vous souhaitons une agréable lecture et espérons contribuer à une gestion des incidents et des erreurs orientée vers les besoins des patients et des collaborateurs.

Fondation pour la Sécurité des Patients,
novembre 2006

Prof. Dieter Conen
Président

D^r Marc-Anton Hochreutener
Directeur

Avant-propos du groupe de travail full-disclosure de Harvard

Au vu du mode très différent sur lequel est gérée la communication avec les patients en cas d'erreurs médicales et d'événements indésirables tant dans les cliniques de Harvard que dans d'autres hôpitaux des Etats-Unis, un groupe de gestionnaires du risque et de collaborateurs de plusieurs cliniques universitaires de Harvard, de la School of Public Health et de la Risk Management Foundation (Malpractice Captive for the Harvard Teaching Institutions) s'est réuni en mars 2004 pour examiner et discuter des problèmes en rapport avec ce sujet. Très vite, nous nous sommes mis d'accord sur le fait qu'il serait avisé d'examiner toutes les facettes de la réponse des institutions aux événements imprévisibles et d'essayer d'élaborer un document fondé sur la preuve (evidence-based) sur cette problématique complexe. Le groupe de travail a commencé par se réunir une fois par mois et s'est élargi rapidement suite à l'intégration de patients et de représentants légaux.

Le document issu de ce travail a été envoyé en avril 2005 à tous les hôpitaux affiliés à Harvard. Il leur était demandé de le diffuser au sein des différents établissements pour en discuter, le critiquer et le modifier en conséquence. L'objectif était, dans la mesure du possible, de produire un document consensuel auquel adhéreraient tous les hôpitaux Harvard ainsi que la Risk Management Foundation, et qui pourrait servir de base au développement de pratiques et politiques institutionnelles spécifiques.

Les réactions au projet ont été extrêmement positives. Néanmoins, une série de modifications a été suggérée concernant en particulier la différenciation entre les réponses aux événements indésirables évitables – et inévitables, ainsi que les questions de dédommagement et de formation. Une fois ces modifications intégrées, le document révisé a été

renvoyé à toutes les cliniques. Les idées et les principes du document définitif sont à présent approuvés et mis en œuvre par toutes les cliniques universitaires de Harvard, le but étant de développer des politiques et des pratiques spécifiques pour l'implémentation des recommandations.

Le document est divisé en trois grandes parties:

- Le patient et sa famille (chapitres II–IV),
- Le personnel d'encadrement médical (chapitres V et VI) et
- La gestion de l'événement (chapitres VII–XI).

Chacun de ces chapitres se compose lui-même de trois parties:

- Un bref résumé du consensus des experts concernant le problème
- L'argumentation et la preuve («évidence») sous-tendant le consensus
- Des recommandations

Membres du groupe de travail full-disclosure

- Janet Barnes, RN, JD, Director, Risk Management, Brigham & Women's Hospital
- Maureen Connor, RN, MPH, VP for Quality Improvement and Risk Management, Dana-Farber Cancer Institute
- Connie Crowley-Ganser, RN, MS, Principal, Quality HealthCare Strategies
- Thomas Delbanco, MD, General Medicine and Primary Care, Beth-Israel Deaconess Medical Center
- Frank Federico, BS, RPh, Director, Institute for Healthcare Improvement
- Arnold Freedman, MD, Medical Oncology, Dana-Farber Cancer Institute
- Mary Dana Gershanoff, Patient, Co-chair, Dana-Farber Adult Patient & Family Advisory Council
- Robert Hanscom, JD, Director, Loss Prevention & Patient Safety, Risk Management Foundation
- Cyrus C. Hopkins, MD, Director, Office of Quality and Safety, Massachusetts General Hospital
- Gary Jernegan, Parent, Co-chair, Dana-Farber Pediatric Patient & Family Advisory Council
- Hans Kim, MD, MPH, Medical Director, Clinical Effectiveness, Beth-Israel Deaconess Medical Center
- Lucian Leape, MD, Health Policy Analyst, Harvard School of Public Health, Chair
- David Roberson, MD, Program for Patient Safety and Quality, Children's Hospital
- John Ryan, JD, Attorney, Sloane & Wal, Risk Management Foundation
- Luke Sato, MD, Chief Medical Officer and Vice President, Risk Management Foundation
- Frederick Van Pelt, MD, Director, Out-of-OR Anesthesia, Brigham & Women's Hospital

Introduction

Depuis la fin du siècle dernier, la réforme de la gestion des erreurs médicales et des préjudices médicaux occupe une place de plus en plus importante au sein des débats sur la santé aux Etats-Unis. Patients, hommes politiques, décideurs et professionnels de la santé sont aux prises avec une prévalence notable d'erreurs médicales, ainsi qu'avec leurs conséquences, qu'il s'agisse d'«incidents évités de justesse» (near misses) [événements qui auraient pu avoir des conséquences indésirables mais qui n'en ont pas eu dans le cas concret] ou d'erreurs ayant effectivement entraîné des dommages pour le patient. Très vaste, le débat s'étend des restrictions légales concernant les indemnités financières exigées dans les procès pour erreur médicale aux impératifs éthiques et moraux dans le contexte des incidents cliniques, que ce soit en hôpital ou en milieu ambulatoire.

Les craintes relatives à la mise en cause de la responsabilité pour erreur médicale, les difficultés à communiquer les mauvaises nouvelles et la confusion entre cause et responsabilité ont longtemps entravé toutes les initiatives courageuses et de grande envergure qui visaient à changer l'approche de l'erreur médicale par les patients, leur famille et le personnel hospitalier. Les actuels débats et études constituent toutefois une réelle opportunité d'étudier les circonstances qui engendrent des erreurs, ainsi que de planifier et d'implémenter un changement fondamental dans la manière dont les établissements gèrent la sécurité des patients et les erreurs médicales, et enfin d'analyser l'impact de ce changement.

Le présent document examine l'intérêt potentiel et les risques éventuels d'une réaction institutionnelle différant clairement de celle qui est adoptée aujourd'hui par la plupart des établissements hospitaliers. L'objectif visé est une divulgation rapide et non restrictive de l'incident, ainsi qu'un soutien émotionnel des patients et familles touchés par des inci-

dents graves. Ce document traite également des possibilités de soutien et de formation des personnels d'encadrement médical et soignant impliqués dans de tels incidents et expose les composantes administratives d'une politique institutionnelle d'envergure.

L'objet de ce document est de codifier un accord sur des principes que les différents hôpitaux pourraient utiliser pour développer et implémenter des procédures institutionnelles spécifiques. Son but n'est pas de prescrire ces procédures et pratiques mais d'en encourager l'élaboration ainsi que le développement d'initiatives multiples et diverses en matière d'implémentation. L'objectif recherché est d'inciter le personnel des cliniques et hôpitaux à développer ses propres stratégies – des stratégies claires, efficaces, explicites, et fondées – pour gérer et, dans la mesure du possible, éviter la souffrance causée à long terme par de tels événements.

Antécédents

Dans son rapport de référence «L'erreur est humaine (To Err Is Human)» de 1999, l'Institute of Medicine (IOM) déclare que les dommages iatrogènes sont l'une des principales causes de décès évitables et enjoint le système de santé à faire de la réduction de la fréquence des erreurs médicales sa priorité.¹ L'IOM souligne les conclusions de l'industrie qui montrent que les systèmes défaillants constituent la principale cause d'erreurs et d'accidents. Il conseille avec insistance aux organismes de la santé d'intensifier considérablement leurs efforts pour améliorer la sécurité par une réorganisation des systèmes. En réaction, un grand mouvement national pour la réorganisation des systèmes de santé a été créé.

Dans un rapport subséquent «Surmonter le gouffre de la qualité» (Crossing the Quality Chasm), l'IOM propose six objectifs pour la réorganisation des soins médicaux. Il invite les organismes de santé à proposer des soins médicaux sûrs, efficaces, orientés patients, modernes, efficaces et appropriés.² Il enjoint les hôpitaux de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour mettre les intérêts du patient au tout premier rang. Il fait remarquer que le mode selon lequel un établissement réagit à un incident est le reflet de sa progression sur la voie d'une organisation apprenante.

Principes directeurs

Deux grands principes président aux recommandations de ce document en ce qui concerne la réponse aux incidents: les soins médicaux doivent être sûrs et centrés sur le patient.

Les soins médicaux doivent être sûrs. Les hôpitaux doivent devenir des «organisations apprenantes». Peter Senge les définit comme des organisations qui «élargissent en permanence leur capacité à obtenir les résultats qu'elles veulent vraiment».³ Nous devons nous engager dans un processus d'autocontrôle sans complaisance et d'amélioration permanente. Lorsque les choses tournent mal, notre obligation est double. Il convient alors d'intensifier notre engagement en faveur du patient ayant subi le dommage et de modifier nos systèmes de manière à éviter toute erreur à l'avenir.

Les soins médicaux doivent être centrés sur les patients. Après un incident, il est impératif d'apporter son soutien au patient et de préserver la relation médicale. Les patients et leur famille ont le droit de connaître les détails des incidents et de leurs implications. La communication doit s'effectuer en temps opportun, être ouverte et continue. **Nous devons supprimer l'antagonisme que suscite une approche de la communication avec le patient, entachée de secret et centrée sur la responsabilité.** La mission du personnel médical est d'offrir du réconfort et du soutien au patient et de prendre en compte tous ses besoins. La sincérité et la coopération sont ici d'une extrême importance. Il s'agit ici d'un débat moral et non d'une affaire commerciale ou d'une directive clinique fondée sur la preuve. Si des données ou des preuves empiriques susceptibles d'étayer une procédure ont déjà été publiées, nous les citerons, mais notre motivation primaire est d'ordre moral. Nous nous engageons en faveur d'une divulgation sans restriction car cette démarche est la bonne. Le patient et sa famille ont le droit de savoir ce qui s'est passé. De plus, une communication honnête favorise la confiance entre le patient et le personnel médical, l'encadrement médical et soignant du patient demeurant la priorité dans le cadre de la relation entre le médecin et le patient. Incitant le personnel hospitalier à recher

cher des améliorations du système qui réduiront la probabilité d'une récurrence de l'erreur, la discussion ouverte sur les erreurs contribue par ailleurs à accroître la sécurité des patients.

Comment un établissement doit-il réagir?

Un incident grave doit déclencher une foule de réactions. La première préoccupation sera de veiller à minimiser les dommages pour le patient et d'atténuer sa souffrance. La mesure suivante consistera à mettre les preuves (médicaments, appareils et documents impliqués) immédiatement en sûreté. Les membres de l'équipe médicale et soignante et de la direction administrative et clinique devront être mis au courant de l'événement sans délai. Le patient et sa famille devront être informés le plus rapidement possible de l'incident et des faits initialement connus. Ils auront certainement besoin d'un soutien émotionnel et psychologique qui devra être mis à leur disposition sans tarder. Toutes ces mesures devront enfin être documentées dans le rapport médical.

Selon le type d'événement, le personnel assurant les soins médicaux sera lui aussi susceptible d'avoir besoin de soutien. Dès que les circonstances le permettront, toutes les personnes impliquées devront participer à l'analyse de l'incident et rechercher les erreurs systémiques sous-jacentes. L'objectif de cette analyse est de comprendre pleinement les circonstances de l'événement, d'identifier les facteurs impliqués ainsi que de développer des recommandations pratiques en vue de procéder aux changements systémiques qui permettront d'éviter toute récurrence de l'erreur. Dans les réunions de suivi, les membres de l'équipe communiqueront les conclusions de l'analyse et les modifications prévues. Dans les chapitres suivants, nous analyserons chacun de ces éléments et nous concentrerons sur la question de savoir comment l'établissement et le personnel médical doivent réagir.

Nous abordons ces problèmes sous l'angle du patient en nous demandant: «Qu'est-ce que je souhaiterais si j'avais subi un préjudice dans le cadre de mon traitement médical?» Alors que dans certaines circonstances, les hôpitaux et le

personnel médical peuvent avoir des intérêts opposés, concernant en particulier les craintes légitimes en matière de responsabilité légale, le cadre de notre réflexion se résume quant à lui à la question suivante: «Qu’y a-t-il lieu de faire?»

I. Définitions

Différents termes sont utilisés pour décrire les mauvais résultats d’un traitement et sont souvent source de confusions. Ainsi la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) exige-t-elle dans ses dispositions en matière de divulgation que les patients soient informés des «conséquences imprévisibles» (unanticipated outcomes), et tente par ailleurs de faire la distinction entre les complications survenant du fait du traitement et celles survenant du fait de la maladie. Il en a résulté des débats sur la question de savoir si certaines complications du traitement, telles que les infections post-opératoires, dont on sait qu’elles peuvent survenir, devaient être considérées comme «prévisibles» et donc ne pas nécessiter de divulgation.

Une autre source de confusion réside dans l’utilisation synonymique de dommage et d’erreur. Pour éviter les confusions, nous utiliserons les définitions suivantes de l’American Society of Healthcare Risk Management (ASHRM)⁴ dans le présent document.

Événement indésirable (adverse event): préjudice causé par la gestion médicale et non par l’affection dont souffre le patient; appelé parfois «dommage» (harm), «préjudice» (injury) ou «complication» (complication).

- Un événement indésirable peut être ou non le résultat d’une erreur. Voir ci-après la classification des événements indésirables évitables et non évitables.
- «La gestion médicale» fait référence à tous les aspects des soins médicaux, pas seulement aux actes ou décisions des médecins ou du personnel soignant.

Erreur médicale (medical error): fait de ne pas obtenir le résultat souhaité grâce à la procédure prévue à cet effet ou utilisation d'une procédure qui n'est pas en adéquation avec le but recherché. Font partie des erreurs médicales, les «erreurs graves» (serious errors), les «erreurs mineures» (minor errors) et les «incidents évités de justesse» (presqu'accidents) (near misses). (Attention: une erreur médicale peut ou non causer un dommage. Une erreur médicale qui n'occasionne pas de dommage ne se solde pas par un événement indésirable.)

Quelques définitions supplémentaires:

Erreur grave (serious error): erreur pouvant occasionner un préjudice permanent ou un dommage passager, mais potentiellement mortel.

Erreur mineure (minor error): erreur qui n'occasionne pas de dommage ou qui n'en a pas le potentiel.

Incident évité de justesse (near miss): erreur qui aurait pu occasionner un dommage, mais qui n'a pas eu de répercussion sur le patient car elle a été évitée.

Événement indésirable évitable (preventable adverse event): préjudice (ou complication) qui résulte d'une erreur ou d'une défaillance du système. Même si tout le monde s'accorde à dire que les erreurs individuelles sont souvent le résultat final d'une défaillance du système, elles sont néanmoins perçues par les patients et le personnel d'encadrement médical comme des événements très personnels. Il est utile de faire la distinction entre les trois catégories suivantes:

- Type 1: erreur du médecin en charge du patient
Exemple: erreur technique dans l'exécution d'une procédure
- Type 2: erreur d'un autre membre de l'équipe médicale et soignante
Exemples: un membre du personnel soignant administre le mauvais médicament; un médecin en formation commet une erreur technique ou de décision; un radiologue ne décèle pas une lésion.

- Type 3: défaillance du système sans erreur individuelle

Exemples: une défaillance de la pompe à perfusion provoque un surdosage d'un médicament; des valeurs de laboratoire anormales ne sont pas transmises au médecin traitant du fait d'une défaillance du système

Événement indésirable inévitable (unpreventable adverse event): préjudice (ou complication) ne résultant pas d'une erreur ou d'une défaillance du système, et ne pouvant pas systématiquement être évitée en l'état actuel des connaissances scientifiques. On distingue deux catégories:

- Type 1: risques fréquents et connus des thérapies à haut risque. Les patients comprennent les risques et les acceptent du fait de l'intérêt du traitement.
Exemple: complications de la chimiothérapie
- Type 2: risques rares mais connus de traitements courants. Le patient peut ou non avoir été prévenu au préalable des risques encourus.
Exemple: effets secondaires de médicaments; certaines infections de plaies

Incident (incident): événement indésirable ou erreur grave. Désigné également par le terme d'événement.

Divulgaration (disclosure): fait de porter un incident à la connaissance du patient et/ou de sa famille. Etant donné que ce terme suggère la divulgation d'informations confidentielles et contient une notion de choix, nous utiliserons le terme de «communication» en remplacement dans le présent document, dans le but également de donner un sentiment de franchise et de réciprocité.

Reporting (reporting): transmission des informations relatives à des événements indésirables ou des erreurs à l'autorité interne ou externe compétente. (De plus amples détails concernant les événements devant faire l'objet d'un rapport figurent dans le paragraphe sur le «Reporting».)

Le patient et sa famille

II. Communication avec le patient et sa famille

Après un incident, établir une communication immédiate, franche et compatissante avec le patient et sa famille est essentiel. Malheureusement, il s'agit souvent de l'aspect de la réponse à un incident qui est le plus mal maîtrisé.

Du fait des répercussions émotionnelles de ces événements tant sur les patients que sur le personnel d'encadrement médical, la communication peut s'avérer difficile des deux côtés. Un échec de la communication aggrave le préjudice à la fois pour le patient et pour le personnel d'encadrement médical. Certains estiment que ce serait la principale raison pour laquelle les patients portent plainte pour erreur médicale.

L'analyse de ce sujet complexe s'effectuera en trois étapes:

- A Communication initiale: Que doit-on communiquer et quand doit-on le faire?
- B Communication initiale: Qui fournit l'information et de quelle manière?
- C Communication de suivi pendant le séjour à l'hôpital

La communication et l'accompagnement après la sortie de l'hôpital sont traités au chapitre IV.

A Communication initiale: Quoi et quand

Le patient et/ou sa famille doivent être informés immédiatement et intégralement de tout incident – donc de tout événement indésirable ou de toute erreur grave ayant des répercussions sur le patient. Les patients et le personnel médical s'accordent à dire qu'il n'est pas judicieux d'informer le patient des erreurs mineures. Les incidents évités de justesse, c'est-à-dire les erreurs qui auraient pu causer des dommages mais qui ont été évitées, constituent des cas particuliers et requièrent des réponses individualisées. Le personnel d'encadrement médical et le personnel administratif devront examiner cette question et se mettre d'accord sur le seuil à partir duquel il convient d'informer le patient, de même que sur les raisons qui justifient le choix de ce seuil. Ce peut être une tâche difficile – mais la cohérence exige une politique institutionnelle bien définie.

Le patient sera informé de la survenance d'un incident dès que celui-ci est constaté et que le patient est physiquement et psychiquement en mesure de recevoir cette information. Normalement, ceci doit avoir lieu dans les 24 heures qui suivent la découverte de l'incident. Reconnaître cet incident sans tarder est essentiel pour le maintien de la confiance. S'il n'est pas possible de communiquer avec le patient, la communication initiale se déroulera avec les membres de la famille ou le mandataire qui représentera le patient lors des entretiens ultérieurs.

Les premières explications se concentreront sur ce qui s'est passé et sur la manière dont le patient peut être affecté, tant en termes de répercussions immédiates que de pronostic. Le personnel d'encadrement médical et soignant devra reconnaître l'événement, exprimer ses regrets et expliquer ce qui s'est passé. S'il s'agit d'une erreur évidente, il devra l'admettre, en assumer la responsabilité, s'en excuser et exprimer sa volonté de trouver les raisons pour lesquelles cette erreur s'est produite.

Il devra également expliquer ce qui va être fait pour atténuer les répercussions du préjudice. Les explications au sujet des circonstances et des raisons pour lesquelles l'événement s'est produit doivent être repoussées jusqu'à ce que l'enquête soit achevée. Le patient et la famille devront toutefois être informés du fait que les causes de l'événement sont

en cours d'examen et que les résultats leur seront communiqués dès qu'ils seront disponibles.

Argumentation et preuve

La communication de l'incident aux patients et à leur famille est un élément essentiel de la réponse de tout établissement aux événements indésirables. Une communication franche et sincère est déterminante pour préserver ou rétablir la confiance, et pour pouvoir continuer à dispenser les soins de manière adéquate. Lorsque tout va bien – qu'il n'y a pas de problème dans l'encadrement médical et soignant – ce n'est pas compliqué de préserver la confiance. Le véritable test se produit lorsque la relation de confiance est ébranlée par un événement indésirable. La manière dont est géré le processus de communication a de profondes répercussions sur la réaction des patients et de leur famille.

Parce qu'ils sont malades et ont besoin de soins médicaux, nombreux sont les patients qui se sentent vulnérables, même en l'absence d'événements indésirables. Si un incident survient, ils peuvent alors présenter des réactions émotionnelles d'autant plus complexes et graves. Crainte, peur, dépression, colère, frustration, perte de confiance et sentiment d'isolement sont des réactions fréquentes.^{5,6} Après de graves événements traumatisants, mettant la vie en danger, le patient peut souffrir de souvenirs obsédants, d'hébétéude émotionnelle et de flashbacks.⁶ Ces réactions peuvent même se produire lorsque l'événement ne résulte pas d'une erreur, ou simplement lorsque l'éventualité d'une erreur a été abordée lors des entretiens d'information et de consentement.

La relation entre le patient et le médecin ou entre le patient et le personnel soignant se complique souvent lorsque l'événement indésirable est dû à une erreur. Le préjudice involontaire subi par les patients leur est en effet infligé précisément par les personnes en qui ils avaient placé leur confiance et dont ils attendaient de l'aide. De surcroît, il est fréquent qu'ils soient ensuite suivis par les médecins impliqués dans le préjudice. Même si le personnel d'encadrement médical et soignant est sympathique, ouvert et d'un grand soutien, les patients ressentent à son égard des émotions sans nul doute contradictoires.⁶

La réaction des patients et de leur famille face à un incident est influencée par l'incident lui-même, mais également par la manière dont il est géré^{5,7}. Une gestion inadéquate ou insensible peut entraîner des traumatismes émotionnels supplémentaires; la reconnaissance du préjudice, la compassion, une communication adéquate et une gestion avisée des mesures de correction peuvent en revanche réduire les chocs émotionnels.⁵⁻⁷

Selon la littérature médicale, les patients souhaitent pour la plupart être informés des événements indésirables. Dans une enquête réalisée auprès de 149 patients dans un service ambulatoire universitaire de médecine interne⁸ aux Etats-Unis, les patients ont été confrontés à trois scénarios d'erreur médicale (mineure, de gravité moyenne, grave). Quatre-vingt-dix-huit pour cent ont déclaré souhaiter que ces erreurs soient reconnues, même lorsqu'elles étaient d'une gravité mineure. En ce qui concerne tant les erreurs de gravité moyenne que les erreurs graves, l'enquête a mis en évidence que les patients étaient significativement plus enclins à porter plainte lorsque le médecin ne divulguait pas l'erreur.

Dans une enquête britannique, 92% des patients interrogés ont déclaré qu'un patient devait toujours être informé si une complication survenait et 81%, que le patient ne devait pas être uniquement informé de la complication mais devait bénéficier d'informations détaillées sur les éventuelles répercussions indésirables.⁹ Dans une enquête britannique réalisée auprès de 227 personnes (patients et membres de la famille) ayant déposé plainte pour erreur médicale, les plaignants ont déclaré souhaiter une plus grande sincérité, la reconnaissance de la gravité du trauma subi et l'assurance que des enseignements seraient tirés de leur expérience.⁷

Les patients ayant subi un préjudice du fait d'une erreur médicale peuvent se sentir blessés, trompés, dévalorisés, humiliés et effrayés. En admettant sa responsabilité et en présentant ses excuses, le médecin reconnaît ces sentiments, manifeste de la compréhension pour leur impact et commence à faire réparation. La présentation d'excuses aide le patient à retrouver sa dignité et induit le processus de guérison. Elle aide également le médecin à gérer son propre trauma émotionnel. Si l'erreur n'est pas

admise et que des regrets ne sont pas exprimés, «une offense vient alors s'ajouter au préjudice» en raison du non respect de la situation du patient.

La communication ouverte de tous les membres du personnel hospitalier ainsi que du gestionnaire du risque doit être soutenue par la direction de l'établissement sous forme d'une politique et de directives clairement établies. En l'absence de soutien de la part de la direction, il est difficile pour le personnel hospitalier d'admettre avec sincérité et franchise les problèmes qui sont survenus.

Recommandations

Il est conseillé au personnel d'encadrement médical et soignant d'informer immédiatement le patient et/ou sa famille de tout événement indésirable ou de toute erreur ayant touché le patient, même s'il n'en a résulté aucun dommage. Les erreurs mineures qui n'ont aucun impact sur le patient n'ont pas besoin d'être communiquées. Les entretiens à propos des incidents évités de justesse – erreurs graves ayant pu être évitées – seront gérés au cas par cas. Si le patient a conscience de l'erreur ou si la connaissance de l'erreur permet d'éviter qu'elle ne se répète, le patient devra en être informé. Si des doutes subsistent quant au bien-fondé d'une communication, le personnel d'encadrement médical et soignant devra consulter un expert interne tel que le gestionnaire du risque, le responsable de la sécurité ou le directeur administratif.

Le personnel d'encadrement médical et soignant doit parler ouvertement et sincèrement de l'incident ainsi que des mesures prises pour atténuer le préjudice ou empêcher toute récurrence de l'événement. Une communication franche est signe de respect à l'égard du patient. La non reconnaissance de l'événement peut, dans certaines circonstances, s'avérer extrêmement pénible pour celui-ci. Elle peut par ailleurs être une incitation à déposer une réclamation ou une plainte.

Même si l'incident ne peut, de toute évidence, être imputé à une erreur (événement indésirable non évitable de type 1 ou 2) ou si sa cause n'est pas identifiée, le personnel d'encadrement médical devra exprimer ses regrets (nous sommes désolés de ce qui vous est arrivé), expliquer ce qui s'est passé et s'en-

tenir avec le patient de ce qui peut être fait pour éviter tout préjudice supplémentaire. Il est essentiel que le patient comprenne que le préjudice n'est pas la conséquence d'une défaillance ou d'une insuffisance de l'encadrement médical mais un risque inhérent au traitement. Ceci est relativement simple lorsque le risque de complication est important, et connu par ailleurs du patient, comme dans le cas notamment de la chimiothérapie (type 1).

Pour les événements non évitables moins courants (type 2), la réaction initiale du patient est de supposer que quelqu'un a commis une erreur, même s'il a été informé avec le plus grand soin avant de donner son consentement. Il est donc essentiel d'expliquer en détail et avec patience ce qui s'est passé, même si cela paraît simple et évident au personnel médical. Pour le patient, il est extrêmement important de constater que l'équipe médicale prend son préjudice au sérieux et regrette qu'il se soit produit, mais également qu'il sache qu'elle n'avait aucun moyen d'éviter l'incident.

Si l'on ignore encore si le préjudice provient ou non d'une erreur, l'événement sera reconnu et des regrets seront exprimés ainsi qu'il a été dit ci-dessus. Cependant, il est important de ne pas tirer de conclusions hâtives, de se faire des reproches ou d'en faire aux autres ni de prendre en charge la responsabilité de l'événement avant que les faits soient établis. Il conviendra d'assurer au patient qu'une enquête approfondie sera effectuée et de s'engager à l'informer dès que des informations seront disponibles.

Si l'événement a été causé par une erreur ou par une quelconque défaillance du système (événements indésirables évitables de type 1-3), une explication très complète est indiquée, de même que la présentation d'excuses et une information sur les mesures prises pour éviter que l'événement ne se reproduise à l'avenir avec d'autres patients. C'est le médecin chef en charge du traitement du patient qui sera le principal responsable de la communication avec ce dernier, quelle que soit la personne ayant commis l'erreur ou quel que soit le système ayant présenté une défaillance.

Divulgateur juste après un incident: principes généraux¹¹

- Rapportez uniquement les faits ayant trait à l'incident – ce qui s'est passé, et non comment ni pourquoi, selon vous, les choses se sont passées.
- Donnez des informations fiables en temps voulu, dès qu'elles sont disponibles.
- Exposez vos recommandations pour d'autres mesures diagnostiques et thérapeutiques.
- Expliquez les implications pour le pronostic.

La communication d'événements indésirables évitables comporte quatre étapes essentielles:

1 Dire au patient et à sa famille ce qui s'est passé.

Pour le moment, dites ce qui s'est produit; n'abordez qu'ultérieurement les détails concernant le comment et le pourquoi.¹⁰ L'identification des causes d'un événement indésirable exige une analyse minutieuse et demande du temps. Toutefois, le patient et sa famille vont certainement vouloir des réponses immédiates. Juste après la survenue de l'événement, veillez à limiter l'entretien aux faits connus et à éviter toute spéculation. Les spéculations et les conclusions provisoires sont souvent interprétées par les patients et leur famille comme étant définitives. Il est de la nature même des enquêtes sur les incidents que les premières impressions soient souvent réfutées par l'analyse minutieuse subséquente. Lorsque des informations spéculatives ont été fournies aux patients et à leur famille, et sont réfutées ultérieurement par les résultats de l'analyse, le personnel hospitalier est contraint de se corriger, ce qui suscite des doutes quant à sa crédibilité et à celle des futures informations. Les conclusions de l'analyse de l'événement indésirable et les recommandations quant aux modifications à apporter au système pour éviter la récurrence de ces événements à l'avenir devront être discutées ultérieurement avec le patient et sa famille lorsque ces informations seront disponibles. En revanche, taire des informations disponibles dont le patient doit disposer immédiatement est inacceptable.

2 Assumer la responsabilité. Que l'incident résulte ou non d'un acte spécifique, le médecin chef doit assumer la responsabilité à l'égard du patient et/ou de la famille. Assumer la responsabilité d'un événement indésirable est une étape essentielle dans le cadre d'une information exhaustive du patient en la matière. Le médecin chef est la personne à laquelle le patient a confié son suivi médical, et en tant que tel, il doit assumer la responsabilité, même s'il n'a pas lui-même commis l'erreur à l'origine du préjudice. La responsabilité globale d'un événement indésirable incombe à l'hôpital. Suite à un événement grave, il est donc du devoir de l'établissement et de sa direction d'accepter également

cette responsabilité et de l'exprimer, ainsi que des regrets, au patient et à sa famille. Tout événement étant unique, la direction de l'établissement et le personnel hospitalier devront coordonner leur communication avec le patient et sa famille.

Au premier abord, il peut sembler bizarre que le médecin doive assumer la responsabilité d'un événement indésirable dans les situations où il n'est pas du tout impliqué. Dans ce contexte, assumer la responsabilité ne signifie pas prendre en charge intégralement la culpabilité de l'événement indésirable. Toute une série de facteurs échappant pour beaucoup au contrôle humain a certainement contribué à l'événement indésirable. Responsable de l'équipe médicale, le médecin fait cependant partie intégrante du système hospitalier qui gère le traitement du patient concerné. Il est compréhensible que le patient et sa famille partent du principe qu'il est responsable des soins. Les patients attendent de leur médecin qu'il les soigne et les réconforte, et qu'il veille par ailleurs à ce que tout soit fait pour leur bien. Le patient souhaite que quelqu'un soit responsable de lui et maîtrise la situation.

En assumant la responsabilité de l'événement, le médecin et la direction de l'hôpital acceptent également la responsabilité des démarches ultérieures: essayer d'identifier les causes de l'événement, informer le patient et sa famille, les tenir au courant, surveiller et traiter toute complication éventuelle résultant de l'événement indésirable. Ils expriment l'engagement de l'établissement à faire tout ce qui est en son pouvoir pour améliorer le système et éviter que des événements similaires n'affectent d'autres patients à l'avenir.

Si le médecin a été directement impliqué dans l'événement indésirable, il doit assumer la responsabilité de son propre rôle, mais doit par ailleurs expliciter les facteurs systémiques ayant contribué à accroître la probabilité de survenue de cet événement. Il ne doit pas accuser «le système» ni utiliser des notions du type «pensée systémique» pour fuir sa propre responsabilité.

Ceci peut être dit de diverses manières:

- «Nous vous avons déçu.»
- «Cela n'aurait pas dû arriver.»
- «Il y a eu une défaillance de nos systèmes. Nous

Les 4 étapes d'une communication intégrale

- Expliquez au patient et à sa famille ce qui s'est passé.
- Assumez la responsabilité.
- Présentez des excuses.
- Expliquez les mesures prises pour éviter que de tels événements ne se reproduisent à l'avenir.

trouverons ce qui s'est passé et ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour que cela ne se reproduise pas.»

- «Je vous informerai du résultat de notre enquête dès que je saurai quelque chose.»

3 Présenter des excuses. Lorsqu'une erreur s'est produite, la meilleure chose que le personnel d'encadrement médical et soignant puisse faire pour apaiser le patient et lui-même – est de présenter des excuses. L'excuse constitue un aspect essentiel de la prise en charge de la responsabilité du préjudice, même si, comme c'est le cas le plus souvent, différentes défaillances du système en sont davantage responsables qu'un individu isolé. Expliquer l'événement, exprimer des regrets et faire un geste de réconciliation peuvent contribuer pour beaucoup à désamorcer la colère et à atténuer la blessure qui fait suite à un préjudice.¹¹

Après un incident, le responsable médical direct du patient doit immédiatement exprimer ses regrets face à ce qui s'est produit – même si toutes les causes ne sont pas encore élucidées. Le patient est blessé et se sent vulnérable. Par conséquent, l'expression de sa compassion et de son empathie est une réaction humaine essentielle face à l'événement indésirable, quelle qu'en soit la cause. («Je suis désolé que ceci se soit produit. C'est affreux.»)

Si une erreur évidente s'est produite, la personne l'ayant commise devra la porter sans délai à la connaissance du patient, présenter ses excuses et exprimer sa ferme volonté d'identifier les causes de l'erreur («Nous avons commis cette erreur. Je suis vraiment désolé.») Bien que l'erreur commise par une personne résulte en général de défaillances du système (qui devront être identifiées et éliminées), peu de patients le comprendront. Ils rendront l'individu responsable. Pour la personne ayant commis l'erreur, il est donc extrêmement important de présenter ses excuses et d'exprimer de véritables regrets. Il faudra cependant tenir compte, à ce moment précis, de sa capacité à gérer la situation sur le plan émotionnel. Si elle n'est pas en mesure de communiquer comme il convient avec le patient, il peut être souhaitable qu'une autre personne le fasse à sa place.

Le médecin chef devra s'excuser, même si l'erreur a été commise par une autre personne. Dans ce cas, la présentation conjointe des excuses pourra être avisée, la personne ayant commis l'erreur (médecin en formation, personnel soignant, radiologue, etc.) se rendant auprès du patient avec le médecin chef pour présenter des excuses. Contrairement à l'opinion répandue parmi les médecins, il n'existe guère d'indices tendant à prouver que la présentation d'excuses augmente le risque de plainte pour erreur médicale.¹²

En fait, les procès pour erreur médicale démontrent exactement le contraire: l'absence de communication ouverte, de prise en charge de la responsabilité ainsi que de présentation d'excuses contribue à la colère du patient. Certains avocats spécialisés dans les erreurs médicales déclarent que les deux tiers des plaintes en la matière résultent d'une non prise en charge de la responsabilité, de l'absence d'excuses et de communication ouverte.¹³

4 Expliquer les mesures prises pour éviter la récurrence de tels événements à l'avenir. Dès que l'enquête est achevée et que des mesures de correction sont prévues, il est important d'en informer le patient et sa famille. Les patients ayant subi un préjudice souhaitent que ce qui leur est arrivé n'arrive pas à d'autres. Les personnels d'encadrement médical et soignant sous-estiment fréquemment l'importance de cet aspect dans le cadre de la réponse à un événement. Savoir que des modifications sont mises en place et que quelque chose de positif va résulter de ce qui leur est arrivé aide le patient et sa famille à supporter la douleur ou la perte. Savoir que la souffrance n'a pas été vaine donne un sens positif à leur vécu.

B La communication initiale: qui et comment

Un incident grave constitue une menace importante pour la sécurité du patient et pour la confiance placée dans le personnel d'encadrement médical et soignant. Il est donc essentiel que la communication soit assurée par une personne avec laquelle il

existe une relation de confiance, et qu'elle traduise la sollicitude, l'intérêt et la capacité à maîtriser l'encadrement médical et soignant du patient. Le but de ces entretiens étant de soutenir et d'informer le patient, ils doivent se dérouler en tête à tête, d'une manière qui visera à renforcer l'autonomie du patient et à éviter toute barrière ou démonstration de différence de niveau susceptible d'intimider le patient ou de le décourager.

Normalement, c'est le médecin responsable du patient qui est la personne la mieux placée pour présenter des excuses. Dans certaines circonstances, il pourra s'avérer préférable que d'autres membres du personnel soignant ou de l'administration reconnaissent l'erreur et présentent des excuses. Il pourra s'agir du membre du personnel médical qui a commis l'erreur ou d'un autre membre de l'équipe ayant déjà établi une relation avec le patient et sa famille. Si le thérapeute devant présenter les excuses est absent ou n'est pas en mesure de le faire pour des raisons émotionnelles, d'autres personnes compétentes, telles que le vice-président de l'hôpital ou un directeur de clinique de haut rang, devront le faire à sa place. Dans ce type de situations, un ombudsman/médiateur pourra jouer un rôle précieux.

Les entretiens ultérieurs avec le patient et sa famille se dérouleront de préférence avec le médecin chef ou le personnel de direction. Dans des circonstances particulières, des membres de l'équipe de gestion de la qualité et de la sécurité pourront participer à ces entretiens. Dans tous les cas, ces collaborateurs devront être bien préparés, tant en ce qui concerne le contenu que le style de la communication. Ces entretiens donneront une priorité absolue aux préoccupations du patient, et auront lieu en tête à tête afin de rendre la situation aussi agréable que possible pour le patient et sa famille.

Argumentation et preuve

Si l'encadrement médical est assuré par le même médecin avant et après l'événement, c'est à lui, de toute évidence, que revient ce rôle. Si les soins médicaux sont dispensés dans une unité différente (en cas de transfert dans une unité de soins intensifs par exemple), il est indiqué que les responsables médi-

caux du patient de ces deux unités soient présents pour s'entretenir ensemble avec le patient.

Pour assurer une communication cohérente, il est indispensable que les entretiens ultérieurs soient conduits par la personne qui connaît le mieux les préoccupations du patient et qui est le mieux à même de les prendre en compte. Dans de nombreux cas, ce sera encore le médecin chef. Toutefois, les informations ayant trait aux efforts d'amélioration ou à la responsabilité de l'établissement seront de préférence fournies par la direction des secteurs concernés.

Recommandations

1 La communication initiale doit être assurée par un personnel d'encadrement médical et soignant avec lequel le patient entretient une relation de confiance, ou tout au moins en sa présence. Dans l'idéal, ce sera le médecin chef ou le médecin qui a élaboré ou pris en charge le traitement.

2 La présence, à leur côté, du principal responsable des soins est souvent utile au patient et à sa famille au moment où la suite des démarches médicales est fixée. S'il s'agit d'une personne différente du thérapeute initial – par exemple lorsque le patient se réveille en unité de soins intensifs –, le médecin dispensant dorénavant les soins devra être lui aussi présent afin d'assurer le patient et sa famille de son engagement à poursuivre l'encadrement médical et soignant. Si l'entretien est susceptible d'être complexe ou difficile, on encouragera le patient à exiger qu'une autre personne soit disponible ou présente pour lui fournir un appui.

3 Il peut être également utile que le personnel soignant initialement en charge du patient soit présent pour participer, observer et apporter son soutien. A l'exception des situations véritablement catastrophiques, la participation d'un cadre supérieur de l'administration n'est pas recommandée à ce stade. De même, faire appel à une personne identifiée comme un «gestionnaire de risque» peut constituer un signal négatif.

4 Dans ces circonstances, les entretiens avec le patient et sa famille peuvent s'avérer difficiles. Les

Qui doit informer et comment

- Un personnel d'encadrement médical entretenant une relation de confiance avec le patient devra prendre en charge l'entretien initial.
- La personne en charge de la suite du traitement médical devra conduire les entretiens suivants.
- Faites participer la personne affectée prioritairement aux soins du patient à la communication.
- Veillez à la formation des collaborateurs dans les techniques de communication.
- Pour la communication, choisissez un endroit calme où vous ne serez pas dérangés.

membres du personnel médical ou soignant n'ont pas tous le calme voulu ou parfois même la capacité de les conduire. Si les collaborateurs concernés sont eux-mêmes susceptibles d'avoir des difficultés ou des craintes, une personne d'expérience compétente dans ce domaine devra les accompagner ou les former préalablement. Il est conseillé aux établissements d'organiser des formations dans ces domaines et de s'assurer que tous les collaborateurs savent où trouver de l'aide pour de tels entretiens.

5 Pour la communication des incidents, le choix d'un cadre adéquat est important, notamment lorsque des excuses ou des réparations sont indiquées. Si possible, la rencontre sera planifiée au préalable et organisée dans un cadre tranquille, offrant toutes les conditions de confidentialité requises et prenant en compte le ressenti du patient et de sa famille. L'idéal est une chambre seule de l'hôpital, ou un bureau privé affecté aux entretiens des soins ambulatoires. Une visite au domicile du patient peut être indiquée lorsque celui-ci a été traité en clinique mais en est déjà sorti. Jamais une chambre double ou une zone publique comme le couloir ou la salle d'attente du secteur ambulatoire ne devront être utilisées à cette fin. Il n'est pas non plus indiqué de convoquer le patient et sa famille dans les étages de la direction.

Le suivi de la communication

- Organisez immédiatement des rencontres de suivi.
- La réunion sera conduite par le médecin prioritairement responsable du patient ou par un membre de l'équipe.
- Dans les cas graves ou difficiles, le directeur médical ou administratif devra être présent.

C Suivi de la communication

Lorsqu'un événement grave s'est produit, l'organisation d'un ou parfois de plusieurs entretiens ultérieurs avec le patient est conseillée. Lors de ces entretiens, il s'agira non seulement de continuer à manifester son soutien et son intérêt, et d'identifier d'autres possibilités d'amélioration, mais surtout de fournir une description plus détaillée des événements qui sont survenus ainsi que du type de modifications systémiques avec lesquelles l'établissement entend réagir auxdits événements. On veillera à ce que l'entretien ne soit pas limité dans le temps et puisse se dérouler sans interruption.

Recommandations

1 Des rencontres de suivi seront organisées dès que des informations nouvelles d'importance seront

disponibles. Si des retards se produisent, le patient et sa famille en seront informés et des excuses leur seront présentées.

2 Les rencontres de suivi pourront être organisées par le médecin chef et les membres de l'équipe sous une forme appropriée.

3 Dans les cas particulièrement sérieux et graves, des membres de la direction administrative (dont le CMO [chief medical officer, directeur médical] ou même le CEO [chief executive officer, directeur administratif]) prendront part aux entretiens. La participation de la direction administrative est notamment recommandée lorsque la confiance dans le personnel d'encadrement médical et soignant initial est ébranlée ou lorsque la communication avec ce dernier n'a pas véritablement abouti.

III. Soutien du patient et de sa famille

Le soutien à apporter au patient est d'ordre psychologique, social et dans certains cas, financier. Après un incident grave, les patients ont besoin, et attendent à juste titre, que des explications précises et empathiques leur soient fournies en temps opportun, et que des preuves du soin apporté aux investigations relatives à la situation leur soient données. Leurs besoins émotionnels et sociaux doivent par ailleurs être pris en considération. Tout ceci requiert non seulement une assistance chaleureuse de la part de tous les personnels médicaux et soignants, mais aussi, le cas échéant, un encadrement professionnel et psychologique, ainsi que des prestations sociales.

Il est fréquent qu'un soutien financier soit nécessaire aux patients, la question étant de savoir comment celui-ci peut leur être apporté. Nombreux sont ceux qui estiment que les patients doivent être indemnisés des dépenses qui leur ont été causées suite à un préjudice évitable. Cette indemnisation pourrait couvrir les débours immédiats tels que l'hébergement de la famille, les frais de voyage et la garde des enfants, mais également des indemnités d'invalidité, des services à domicile et les frais de transport aux consultations médicales. Les systèmes de santé actuels ne prévoient malheureusement aucun financement pour ce type de frais, leur remboursement est donc à la charge de l'hôpital. Si des indemnités doivent être versées, il est préférable de ne pas soumettre d'offre au cours des premiers entretiens, mais d'attendre que les dépenses supplémentaires survenant pendant le processus de guérison soient connues.

Argumentation et preuve

L'hospitalisation suffit parfois à mettre les patients dans un état de vulnérabilité psychologique, même lorsque le traitement se déroule comme prévu. Un syndrome de stress post-traumatique peut apparaître même après une «procédure de routine». Lorsque survient un dommage ou un événement imprévu, la réaction des patients est certainement d'autant plus sévère.⁶

Dans une étude sur les préjudices causés par des interventions chirurgicales, les patients déclarent, dans leur majorité, avoir ressenti de fortes répercussions négatives sur leur vie après cet événement. Outre le handicap physique, le trauma psychique constituait une composante essentielle.¹⁴

Ainsi que le constate Vincent, le préjudice médical se différencie des autres types de trauma en deux points. Tout d'abord, les patients sont victimes d'un dommage qui leur est involontairement infligé par la personne en laquelle ils avaient placé leur confiance. Leurs réactions peuvent donc être particulièrement violentes et complexes. Deuxièmement, ils continuent généralement d'être traités par les thérapeutes impliqués dans ce préjudice. Ils peuvent donc ressentir certaines craintes et des sentiments mitigés à leur rencontre, même s'il s'agit de personnes sympathiques et par ailleurs d'un grand soutien.⁶

Après un préjudice médical, la crainte, l'anxiété, la dépression, la colère, la frustration, la perte de confiance et le sentiment d'isolement sont donc des réactions normales.^{5,6} Une gestion des incidents inadéquate et dépourvue de sensibilité peut engendrer un trauma émotionnel supplémentaire alors que la reconnaissance sincère de l'erreur et du dommage, l'empathie, une bonne communication et une gestion avisée des mesures visant à remédier aux problèmes peuvent atténuer ce choc émotionnel.⁵⁻⁷

Un séjour prolongé en milieu hospitalier ou un handicap peuvent générer des frais supplémentaires et imprévus considérables. Même si l'enquête ne permet pas d'identifier d'erreur ou de défaillance du système, le patient se sentira laissé pour compte par l'hôpital si le préjudice résulte du traitement, et estimera à juste titre qu'il a droit à une certaine indemnisation.

Dans les situations difficiles, l'intervention d'un ombudsman/médiateur pourra s'avérer nécessaire. Chez Kaiser Permanente, l'expérience montre que le ressenti du patient peut être amélioré par un programme de médiation, dans le cadre duquel le médiateur reconnaît la détresse du patient, apporte son soutien à toutes les parties prenantes dans le cadre de l'échange d'informations et aborde par ailleurs des sujets devant contribuer à minimiser la probabilité qu'un tel événement se reproduise¹⁵.

Lorsqu'une complication survient, les patients sont en droit d'attendre de l'hôpital et des médecins qu'ils renoncent à facturer leurs frais. Ceci sera d'autant plus vrai que le préjudice est perçu comme la conséquence d'une erreur ou d'une autre défaillance dans le système de traitement. (Pourquoi devrais-je payer pour les erreurs de l'hôpital?) Dans cette situation, le fait de renoncer aux frais et de rembourser les dépenses supplémentaires constitue le début d'une «réparation» du préjudice, démontre le sens de l'équité de l'hôpital, et contribue à préserver ou à restaurer l'estime de soi. Des preuves anecdotiques tendent à montrer que le versement de sommes, même relativement faibles, destinées à couvrir les débours supplémentaires résultant du dommage peut, à lui seul, avoir un impact très positif sur la réaction du patient face à l'incident.

La question de savoir si les hôpitaux doivent rembourser les dépenses prévisibles, occasionnées à long terme au patient après sa sortie de l'hôpital est controversée. Ces dépenses peuvent être considérables. Aux Etats-Unis, les patients n'ont que peu de possibilités de recours en dehors du dépôt d'une plainte pour erreur médicale. Nombreux sont ceux qui estiment que le remboursement des frais résultant de dommages médicaux n'est pas uniquement une obligation pour des raisons de loyauté, mais également que cette mesure, associée à une divulgation complète, aurait pour effet de réduire de manière drastique le nombre des plaintes déposées. Vu sous cet angle, il s'agirait donc d'une procédure avisée sur le plan financier.

On dispose d'une expérience de plus en plus grande avec des modèles efficaces d'indemnisations extrajudiciaires. La création de ces modèles témoigne de l'importance accordée au maintien

de la relation entre le médecin et le patient chaque fois que c'est possible, ainsi qu'à une communication ouverte et franche. Bien que les données disponibles en la matière soient encore limitées, les résultats s'avèrent très prometteurs. Les incidents ne peuvent tous être gérés à l'aide de ces programmes novateurs, néanmoins les conclusions de programmes pilotes montrent qu'une telle gestion est possible dans de nombreux cas.

Trois programmes proposent des exemples intéressants de la manière dont cela peut fonctionner.

1 Depuis 1997, le Veterans Affairs Medical Center (VAMC) de Lexington, Kentucky, applique une politique de divulgation lorsqu'un patient subit un préjudice dû à une erreur médicale ou à une négligence. Dans ce cas, l'erreur est exposée franchement au patient et à sa famille, et un accord est suggéré. Avant l'implémentation de cette stratégie, les indemnités versées par le VAMC de Lexington pour des erreurs médicales comptaient parmi les plus élevées en comparaison avec les autres VAMC. Après son implémentation, le VAMC de Lexington se situait dans le quartile le plus faible.¹⁶ Bien que ces chiffres soient convaincants, la généralisation à des centres médicaux non fédéraux est limitée du fait que la responsabilité des employés de l'Etat ne peut être engagée en cas d'erreurs médicales. De surcroît, le Gouvernement fédéral ne peut légalement être tenu responsable en matière de dommages punitifs.¹²

2 En 2002, l'université de Ann Arbor, Michigan, a implémenté une directive selon laquelle les médecins devaient simplement reconnaître leurs erreurs et présenter leurs excuses. Depuis lors, la durée moyenne de traitement des plaintes est passée de 1000 à 300 jours, les frais d'avocat ont été réduits des deux tiers et le nombre des plaintes et des procès en cours a baissé. Dans ce programme, l'accent est mis sur la rapidité de réaction aux besoins des patients et de leur famille, ainsi que sur la fourniture d'une indemnisation correcte.¹⁷

Soutien du patient et de sa famille

- Interrogez le patient et sa famille sur leur ressenti au sujet du préjudice.
- Prenez au sérieux tous les soucis du patient et examinez-les correctement.
- Préservez la relation thérapeutique avec le patient et sa famille.
- Fournissez des coordonnées de contact au patient et à sa famille en vue d'un conseil et un soutien clinique et financier.
- Suspendez toutes les factures pendant l'analyse de l'incident.
- Examinez les possibilités de soutien financier

3 La COPIC Insurance Company, implantée à Denver, Colorado, a négocié avec succès des versements à certains patients sans l'intervention d'un avocat. Le programme pilote COPIC's 3Rs™ «Reconnaître, réagir et résoudre» (recognize, respond, and resolve) a débuté en l'an 2000. Depuis le 31 décembre 2004, 930 incidents qualifiés (répondant aux conditions requises) ont été recensés et 305 patients ont reçu une indemnisation. En moyenne, les paiements se sont élevés à 1747,00 USD par incident qualifié et à 5.326,00 USD par incident indemnisé. Fait remarquable, aucun de ces cas n'a donné lieu à un litige. Les premiers résultats mettent un potentiel d'économie énorme en évidence, de même qu'une meilleure communication entre le médecin et son patient, et l'établissement de relations durables. On constate par ailleurs une amélioration de la satisfaction de toutes les parties impliquées.¹⁸

Cf. annexe B pour un cas illustrant ce propos dans une clinique de Harvard.

Recommandations

1 Les membres de l'équipe en charge d'un incident doivent tout particulièrement s'enquérir du ressenti du patient et de sa famille quant au préjudice, ainsi que de leurs craintes éventuelles au sujet du futur traitement et du pronostic. Même si des explications ont été fournies aux patients, que des excuses leur ont été présentées et qu'ils ont l'assurance que des mesures seront prises pour éviter toute récurrence des erreurs médicales, le trauma causé par l'événement et les craintes concernant le futur traitement peuvent exiger un soutien psychologique.

En fonction de l'évaluation de l'équipe médicale et soignante d'encadrement impliquée dans la gestion de l'incident et dans la communication avec le patient et sa famille, ce soutien psychologique sera dispensé par des assistants sociaux, des psychologues ou des psychiatres.

2 Le personnel hospitalier doit accorder une attention particulière aux patients déclarant que leur traitement leur aurait nui, même si de toute évidence, la complication est une conséquence de l'affection du patient. Etant donné le risque de préjudice par

traitement médical, de telles affirmations doivent être prises au sérieux. Le patient est susceptible de posséder des informations qui manquent aux thérapeutes ou de ne pas avoir compris totalement le contexte clinique. Si les craintes du patient s'avèrent sans fondement, une explication exhaustive et bienveillante constituera une thérapie essentielle. Etre ignoré peut s'avérer atroce pour le patient et retarder l'effet salutaire du traitement.

3 Après un préjudice, il est essentiel que le personnel hospitalier s'efforce d'assurer la continuité de l'encadrement médical et soignant et de la relation thérapeutique. Après un tel événement, le patient et sa famille ont besoin d'un soutien accru – et non amoindri, même si le patient et le personnel hospitalier ressentent parfois le besoin naturel de prendre leurs distances l'un de l'autre.

4 Il conviendra de veiller à ce que le patient et sa famille disposent du nom, du numéro de téléphone et des coordonnées de contact des personnes de l'établissement auxquelles ils peuvent à tout moment s'adresser pour leur faire part de leurs questions, de leurs troubles et de leurs doutes, ainsi que de personnes en mesure d'apporter un soutien et une assistance internes et externes, et de conseillers financiers. La pression financière peut engendrer des troubles émotionnels. La coordination du soutien psychologique et financier sera prise en charge de préférence par des collaborateurs du département du travail social. Il est important que l'équipe d'encadrement examine préalablement la question du soutien au patient et à sa famille.

5 Après un incident, toutes les factures de l'hôpital et des prestations médicales (prestations subordonnées telles que radiologie et cardiologie également) devront être retenues jusqu'à ce que les conclusions de l'analyse de l'événement soient disponibles. Recevoir une facture pendant cette phase critique peut être ressenti par le patient comme une offense qui ne fera qu'accroître sa frustration et miner davantage sa confiance concernant la gestion de l'incident par l'établissement.

Lorsque les choses tournent mal – Communiquer et agir après un incident

6 L'hôpital doit chercher des solutions qui lui permettront d'être en mesure de fournir un soutien financier pour les dépenses immédiates causées par des dommages évitables. Des questions importantes se posent dans ce contexte en ce qui concerne la définition du type de dépenses à rembourser, l'origine des fonds, la personne autorisée à les octroyer, ainsi que l'importance de la cohérence des procédures de soutien au sein et entre les hôpitaux. Si un soutien financier est disponible, il convient de l'accorder sans délai. Une réaction immédiate peut améliorer considérablement la situation après un préjudice, que l'aide soit affectée à la garde des enfants, qu'elle serve à pallier des handicaps ou à soulager une détresse financière.

7 Il conviendra par ailleurs d'examiner avec le plus grand soin s'il ne serait pas avisé de souscrire des assurances responsabilité civile proposant des indemnités pour les handicaps à long terme et les dépenses récurrentes, également connues sous l'appellation compensation «no-fault» ou programme «early-offer». Il existe une multitude de problèmes à résoudre, entre autres la définition des événements donnant droit à indemnisation, la création d'un mécanisme administratif, la définition des droits légaux restant acquis au patient, ainsi que la question de savoir si un système fonctionnel doit être adopté au niveau de l'ensemble du territoire et requiert un mandat législatif.

L'encadrement de suivi du patient et de sa famille

- Fournissez des coordonnées de contact aux patients pour faciliter la communication après la sortie de l'hôpital.
- Planifiez une série de rencontres de suivi avec le patient et sa famille.
- Organisez une visite à domicile pour assurer la communication d'informations importantes.
- Veillez à proposer un soutien psychologique et social.
- Si nécessaire, proposez un soutien financier permanent pour les dépenses survenant dans le cadre du préjudice.

IV. Suivi du patient et de sa famille

Après la sortie de l'hôpital, il est essentiel que des possibilités d'information et de communication soient offertes aux patients ayant été victimes d'un incident. Les patients ont droit aux prestations suivantes:

- Rendez-vous pour des visites cliniques de suivi
- Rendez-vous pour des entretiens de suivi
- Soutien psychologique et social permanent
- Communication du résultat final des investigations ainsi que des solutions prévues. Il est fréquent que l'analyse de l'incident ne soit pas encore achevée lorsque le patient sort de clinique. Il est essentiel que les conclusions lui soient communiquées dès qu'elles sont disponibles.

Argumentation et preuve

Lorsque le patient sort de l'hôpital après un incident grave, il continue à porter les craintes et les soucis engendrés par cet événement. A l'extérieur, il est contraint, le cas échéant, d'affronter de nouveaux handicaps, des douleurs et les incertitudes quant à l'avenir. Sur de nombreux plans, le soutien psychologique et social qui lui est nécessaire peut être plus important qu'à l'hôpital.

Malheureusement, c'est souvent l'inverse qui se produit. Pour l'hôpital, la «sortie» signifie bien trop fréquemment ne plus être responsable du bien-être du patient. Pour nombre d'entre eux, ceci peut être un véritable désastre, tant sur le plan physique qu'émotionnel. A la frustration et à la colère vient alors s'ajouter le sentiment d'abandon. Les patients et leur famille ont besoin d'un soutien continu.

Pour assurer la gestion adéquate du suivi après de tels événements, les établissements doivent prévoir une série de rencontres avec le patient (ou sa famille), dont l'objet sera d'assurer le suivi de l'en-

cadrement médical et de continuer à l'informer des résultats des investigations internes, ainsi que des mesures prises pour prévenir toute récurrence des incidents.

Recommandations

- 1 Des cartes de visite et des numéros de téléphone doivent être mis à la disposition du patient et de sa famille pour leur permettre de prendre contact facilement avec les personnes ayant assuré antérieurement la communication en rapport avec l'événement.
- 2 Toute une série de rencontres de suivi doit être organisée avec le patient ou sa famille, d'une part pour établir un bilan clinique, d'autre part pour faire le point des derniers résultats des investigations internes et de toutes les mesures prises pour éviter toute récurrence de l'incident. Ces rencontres ne doivent pas avoir lieu de façon ad hoc, mais doivent constituer une ouverture programmée et proactive au patient et à sa famille.
- 3 Une visite à domicile peut être indiquée, notamment lorsque des informations importantes doivent être communiquées. Le patient et sa famille pourront également être invités à se rendre à l'hôpital, les besoins du patient en matière de transport, de repas et d'hébergement devant être pris en compte.
- 4 Le soutien psychologique et social requis devra être fourni.
- 5 Il peut être indiqué de continuer à rembourser les coûts occasionnés par le préjudice. Les personnes responsables du patient doivent être en mesure d'organiser cette indemnisation de manière efficiente (cf. chapitre précédent).

Le personnel d'encadrement médical et soignant

Soutien du personnel d'encadrement médical et soignant

- Instituez un programme de soutien pour les collaborateurs médicaux et soignants impliqués dans l'événement.
- Proposez divers services de soutien afin de répondre à la multiplicité des besoins.
- Gérez les obligations de service et les temps libres du personnel d'encadrement médical et soignant en fonction des besoins.
- Veillez à un entretien et une documentation structurés de l'événement.
- Entraînez le personnel d'encadrement médical et soignant à la communication avec le patient et sa famille.
- Formez le personnel d'encadrement médical et soignant aux processus peer review, évaluation par la qualité et amélioration par la qualité et d'analyse des causes racines.

V. Soutien du personnel d'encadrement médical et soignant

Tout comme le patient et sa famille, les personnels d'encadrement médical et soignant sont eux aussi fortement touchés au niveau émotionnel et fonctionnel lorsque survient un événement indésirable. Ils ont besoin du soutien de l'établissement pour se remettre de l'incident, être en mesure de communiquer avec le patient, de présenter de véritables excuses puis de retourner rapidement à leurs obligations professionnelles.

Argumentation et preuve

Selon toute probabilité, le personnel d'encadrement médical et soignant sera plus particulièrement affecté par un événement indésirable s'il a commis une erreur grave. Dans le cadre d'un tel événement, il est souvent une «victime secondaire» ignorée et bénéficie de peu de compréhension et de soutien. L'absence de système de soutien structuré peut avoir des répercussions néfastes à long terme sur la capacité du thérapeute à prendre soin des patients après un événement indésirable.^{5, 21-23}

La nécessité d'une structure de soutien organisée, dédiée au personnel d'encadrement médical et soignant, n'est généralement reconnue ni par ce personnel ni par les institutions du secteur de la santé. Complexes, les raisons en sont liées d'une part à une culture médicale qui attend notamment des médecins qu'ils soient forts et objectifs et qu'ils prennent du recul, sur le plan émotionnel, par rapport à leurs patients affligés par la maladie⁵, d'autre part à un système de santé et un système juridique qui, en cas d'incident, rendent le personnel médical et soignant et non le processus de soin responsable;²⁴ et de plus à l'internalisation de l'ordre «primum non

nocere» (la priorité, ne pas nuire), qui conduit le médecin à aspirer à l'infailibilité et qui le renforce dans sa conviction qu'un événement indésirable est un événement tabou.

Après un événement indésirable grave, les personnels d'encadrement médical et soignant se sentent donc souvent isolés et en proie à une honte profonde et à un sentiment de culpabilité. Il est fréquent qu'ils ne veuillent ou ne puissent parler de l'événement ni le rapporter, ce qui entrave l'analyse et le processus d'apprentissage. Pour la plupart, ils n'ont pas été formés à communiquer ouvertement avec le patient et les membres de sa famille, ainsi qu'avec les autres collaborateurs de l'hôpital après un événement indésirable, et peuvent avoir des difficultés considérables à communiquer de manière franche et sincère.

Un vaste système institutionnel de soutien est nécessaire pour préparer le personnel médical et soignant aux événements indésirables et le faire réagir rapidement dans une telle éventualité. Ce soutien est également déterminant lorsqu'un établissement s'engage pleinement en faveur d'une politique de communication et d'excuses.²⁵

Recommandations

- 1 Il serait souhaitable que les hôpitaux disposent d'un programme permettant d'«aider des gens normaux à supporter un stress normal après des événements hautement anormaux.»²⁵ L'objectif est d'aider les professionnels du milieu médical et soignant à gérer le stress engendré par un événement indésirable afin qu'ils puissent mieux prendre soin de leurs patients et donc les aider à guérir, et qu'ils puissent réintégrer ensuite sans problème leur environnement de travail avec une productivité normale.
- 2 Etant donné la diversité des besoins du personnel d'encadrement médical et soignant, ce système de soutien doit comporter un large éventail d'offres, incluant l'assistance personnelle et de groupe, ainsi qu'un conseil à court et long terme.
- 3 Les directives administratives doivent garantir que les obligations professionnelles du personnel d'encadrement médical et soignant pourront être

Lorsque les choses tournent mal – Communiquer et agir après un incident

adaptées à la situation, et prendre en compte le fait qu'un congé pourra être requis pour le rétablissement de ce personnel.

4 Un soutien structuré doit être apporté au personnel d'encadrement médical et soignant dans le cadre de la discussion de l'événement indésirable au sein de son équipe. Des instructions devront être données quant à la manière dont l'événement doit être documenté dans les rapports médicaux.

5 La mise en place d'un coaching pour la communication avec le patient et sa famille au cours de la phase, particulièrement chargée sur le plan émotionnel, qui fait suite à un incident peut être décisive pour le maintien d'une relation de confiance, empreinte d'empathie.

6 Il conviendra de développer des programmes d'entraînement, enseignant aux médecins, infirmiers et autres personnels soignants, de même qu'aux responsables de département et aux managers, comment apporter un soutien aux collègues devenus des «victimes secondaires».

7 Le personnel d'encadrement médical et soignant devra enfin bénéficier d'un soutien dans le cadre de différents processus: peer review, évaluation par la qualité/amélioration par la qualité et analyse des causes racines (root cause analysis). Ce soutien pourra englober un entraînement aux processus mais également un soutien direct pendant les événements.

(Pour de plus amples détails, cf. annexe C)

VI. Entraînement et formation

Les établissements ont le devoir de proposer des formations, des entraînements et des ressources à leur personnel médical et soignant en vue de la gestion des incidents. Parmi les mesures les plus importantes figure l'entraînement à la communication d'une mauvaise nouvelle.

Nombreux sont les thérapeutes qui n'ont jamais bénéficié d'un entraînement ou d'une formation visant à développer leurs capacités à transmettre une mauvaise nouvelle, à s'excuser ou à conseiller des patients en détresse. En conséquence, il est fréquent qu'ils ne réussissent pas à communiquer de manière compatissante et efficace avec leurs patients à la suite d'un incident. Le personnel d'encadrement médical et soignant, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un personnel soignant ou d'un autre collaborateur, est souvent dans l'incapacité, du fait de la honte et de la culpabilité qu'il éprouve, de témoigner de la compassion au patient. A cela vient s'ajouter encore la crainte que sa responsabilité soit mise en cause.

Ces problèmes sont encore aggravés par le fait que les patients et les personnels d'encadrement médical et soignant sont souvent d'avis différent en ce qui concerne les informations relatives aux événements indésirables qu'il convient de divulguer ouvertement. Le personnel hospitalier est donc susceptible de décevoir les attentes du patient et de sa famille après l'incident,⁵ ce qui, au cours de cette période critique, pourra engendrer des malentendus et une perte de confiance.

Au cours de cette période, une communication efficace entre le personnel d'encadrement médical et soignant et le patient est déterminante non seulement pour le bien-être du patient, mais également pour la confiance en l'établissement et dans le personnel médical et soignant.²⁶ Des techniques effi-

caces de communication peuvent être acquises et des aptitudes spécifiques garantissant un dialogue constructif peuvent être identifiées.²⁷

Argumentation et preuve

La capacité du personnel d'encadrement médical à communiquer avec empathie et respect avec le patient et sa famille, notamment lors de la divulgation d'informations sur un événement, est un aspect essentiel de la relation thérapeutique. Une communication de qualité peut atténuer les craintes et renforcer la confiance du patient et de sa famille dans le personnel médical, l'établissement et le système de santé. Une communication médiocre peut accroître la souffrance du patient, détruire les liens de confiance et augmenter la probabilité d'une plainte pour erreur médicale.

Pendant une période de crise sur le plan de la santé, un thérapeute ne peut apporter un soutien optimal au patient et à sa famille qu'à condition d'être disposé à aborder tous les aspects de l'encadrement médical et soignant du patient, incidents compris.

Concernant leurs capacités à aborder des sujets désagréables et à en discuter, les thérapeutes sont extrêmement différents. Ces capacités devraient être enseignées au cours de la formation médicale et en soins infirmiers, ce qui n'est pas souvent le cas. Quoiqu'il en soit, elles peuvent s'acquérir.

Les établissements doivent veiller à proposer des formations et d'autres ressources nécessaires à la gestion des incidents à leurs collaborateurs des services de soins. Suivre régulièrement des formations et des modules d'entraînement aide les personnels d'encadrement médical et soignant à atténuer leurs craintes lorsqu'ils sont confrontés à la communication d'informations désagréables, et à améliorer la situation du patient après un événement indésirable.

Pour son réseau de médecins, Kaiser Permanente a par exemple développé un curriculum d'entraînement à la communication en collaboration avec l'Institut Bayer. Après avoir suivi un programme d'entraînement centralisé pour formateurs (train the trainer program), intégrant des représentants du personnel médical et soignant, les différents établissements proposent ce curriculum à leurs médecins dans le cadre de leur offre de formation locale.

Entraînement et formation

- Développez des programmes de communication avec les patients et leur famille adaptés à tous les niveaux.
- Entraînez les médecins et le personnel soignant à gérer leur propre ressenti.
- Informez le comité directeur et le personnel de direction quant à leur responsabilité.
- Veillez à organiser l'entraînement de tout le personnel d'encadrement médical et soignant annuellement, ainsi que dans le cadre de l'insertion.
- Développez un large éventail de méthodes d'entraînement interactif.
- Proposez un «entraînement aux situations d'urgence» pour tout le personnel d'encadrement.
- Proposez l'aide de spécialistes au personnel d'encadrement médical et soignant en cas d'incident grave.
- Formez une équipe de responsables de communication de crise.

A noter que cet entraînement n'a pas seulement pour effet de développer la capacité de communication lorsqu'un préjudice est causé au patient, mais également d'améliorer l'interaction entre le médecin ou le soignant et le patient dans l'encadrement médical et soignant de routine. Lorsque les préoccupations tant du patient que du médecin ou du soignant sont prises en compte et intégrées, il se crée une relation propice à une approche coopérative du traitement médical et soignant. Si le patient subit alors un préjudice, la relation déjà établie constituera une base solide qui permettra de préserver la confiance et l'empathie, au cours de cette phase difficile également.

Recommandations

1 Pour le cas où les choses tournent mal, les hôpitaux doivent disposer de programmes de formation et d'entraînement destinés aux professionnels de la santé et dédiés à la communication avec le patient et sa famille, ainsi qu'à la gestion des incidents. Ces programmes seront adaptés de manière spécifique en fonction des différentes catégories de personnel (médecins, personnels soignants, pharmaciens, etc.), ainsi pour les cadres du service administratif et les membres du comité directeur.

2 Tant dans l'optique de la cohérence que des économies d'échelle (economies of scale) (en termes de coûts et d'expertise requise), le développement de ces programmes de formation doit être coordonné au niveau du système. (A Harvard, la Risk Management Foundation pourrait encourager ce projet).

3 En plus d'une formation spécifique ciblée sur la communication avec le patient et sa famille, les médecins et le personnel soignant ont besoin d'un entraînement à la gestion de leur propre ressenti pour le cas où ils seraient la cause directe d'un préjudice grave à un patient.

4 Les médecins, infirmiers et autres personnels soignants, de même que les responsables de département et les managers doivent pouvoir bénéficier de programmes d'entraînement, leur enseignant com-

ment apporter leur aide aux collègues qui sont confrontés à un incident grave.

5 Le comité directeur et les cadres supérieurs de l'administration ont besoin d'une formation traitant de leurs responsabilités, de leur exposition à la loi, ainsi que de l'importance de la transparence et de la responsabilité face au patient.

6 Des cours traitant des pratiques et principes à respecter doivent être suivis par tous les nouveaux personnels infirmiers et les médecins, y compris les médecins en formation, lors de leur insertion dans l'établissement. Ils doivent être par ailleurs proposés chaque année à tous les personnels d'encadrement médical.

7 Une large gamme de méthodes d'entraînement est indiquée – cours, jeux de rôle, tutorats interactifs sur Internet, etc. Il conviendrait également de développer des jeux interactifs sur ordinateur et de les intégrer à la formation continue.

8 Il est peu probable que les collaborateurs de l'hôpital, très occupés, puissent suivre les cours chaque année ou encore entretenir leurs acquis d'une autre manière. Il conviendrait donc d'élaborer des cours de remise à niveau qui soient disponibles à très court terme en période de crise pour le personnel d'encadrement médical et soignant.

9 Les médecins doivent savoir qui appeler en cas d'incident grave, et doivent pouvoir alors compter sur le soutien immédiat d'un expert.

10 Un entraînement plus intensif devra être dispensé à une équipe d'experts en communication de crise dont la mission sera de veiller à ce que tous les patients reçoivent les soins adéquats, ainsi que de superviser et de former d'autres personnes lorsque la situation l'exige.

(Pour de plus amples détails, cf. annexe D)

La gestion de l'événement

Eléments d'une politique hospitalière de gestion des incidents

- Faites connaître votre engagement en faveur d'une communication ouverte et franche.
- Veillez à organiser une aide just-in-time pour le personnel d'encadrement médical et soignant.
- Formez le personnel d'encadrement à la gestion de la réponse aux événements indésirables et à la communication.
- Veillez à une communication empathique et sincère de l'incident à la famille.
- Veillez au soutien émotionnel des collaborateurs.
- Assurez la documentation et le reporting nécessaires.
- Veillez à une information transparente du public.
- Développez des méthodes de communication et de reporting des incidents.

VII. Eléments d'une politique hospitalière de gestion des incidents

La gestion réussie d'un incident grave requiert un cadre institutionnel reposant sur une culture et une politique institutionnelles appropriées. Tout hôpital doit disposer de directives écrites informant les collaborateurs de la manière dont il convient de réagir en cas d'incident grave. Cette politique poursuit deux objectifs:

- Susciter des espérances et orienter les collaborateurs vers un comportement responsable, empathique et source de soutien dans le cadre des soins dispensés au patient victime du préjudice, comportement qui soit en mesure de restaurer la relation de confiance et d'en justifier le maintien.
- Améliorer la sécurité du patient en tirant des enseignements des erreurs et des événements indésirables, et minimiser la probabilité d'une récurrence par des modifications du système.

Pour que ces objectifs soient atteints, cette politique doit:

- 1 Etre l'expression de la philosophie et de l'engagement de l'établissement en faveur d'une communication ouverte et franche des événements indésirables.
- 2 Veiller à fournir immédiatement l'assistance et le soutien requis aux collaborateurs de l'hôpital lorsque survient un événement indésirable.
- 3 Assurer la formation des personnels d'encadrement médical et soignant aux méthodes de gestion des accidents et à leur communication.

4 Garantir une communication empathique et franche avec la famille à propos de l'événement, de même que l'information ultérieure de la famille et des personnels d'encadrement médical et soignant impliqués, concernant les améliorations du système.

5 Créer un cadre pour l'analyse des événements indésirables et les processus d'apprentissage qui en découlent, si nécessaire pour l'élaboration de systèmes de conception nouvelle.

6 Apporter un soutien émotionnel, professionnel et juridique aux collaborateurs impliqués dans des événements.

7 Assurer la documentation et le reporting.

8 Examiner les méthodes de communication avec le public en mesure de démontrer la transparence et de restaurer la confiance générale dans la mise en place effective de systèmes visant à minimiser la probabilité de survenue d'incidents à l'avenir.

9 Examiner les méthodes de prise de décisions pour la communication institutionnelle et pour la déclaration des incidents à la fois au sein du secteur hospitalier/de la santé et en externe, aux administrations compétentes.

La réponse initiale à l'événement

- Stabilisez l'état du patient, atténuez le préjudice et veillez à éviter d'autres dommages.
- Éliminez tout risque résiduel – personnel dans l'incapacité d'agir ou système et appareils ne présentant pas la sécurité requise.
- Mettez les médicaments et les appareils impliqués en sûreté.
- Veillez à remplacer le personnel médical et soignant prioritairement responsable du patient s'il est suspendu.
- Informez immédiatement l'équipe médicale et soignante pour garantir une communication cohérente avec le patient et sa famille.
- Nommez la personne qui sera en priorité responsable de la communication avec le patient et sa famille.
- Effectuez l'enquête rapidement, tant que les souvenirs sont encore présents.
- Rapportez l'événement à l'autorité compétente de l'hôpital.

VIII. Réponse initiale à l'événement

Lorsque survient un incident, la première obligation du thérapeute est de préserver le patient de tout dommage supplémentaire en lui dispensant les soins médicaux requis, et d'atténuer tout préjudice permanent éventuel.

Lorsque les soins requis ont été dispensés au patient, le personnel de l'hôpital doit concentrer son attention sur les détails de l'événement et rassembler toutes les informations nécessaires à la compréhension de ses causes. Pour que ce processus se déroule avec la fiabilité voulue, les établissements doivent élaborer et publier des directives précises, spécifiant exactement qui assume la responsabilité de chacune des démarches suivantes.

Recommandations

- 1 Faites tout ce qui est en votre pouvoir pour assurer la stabilisation de l'état du patient, atténuer le préjudice et éviter tout dommage supplémentaire.
- 2 Le cas échéant, prenez les mesures immédiates requises pour éliminer tout risque résiduel identifiable pour la sécurité du patient – personnel d'encadrement dans l'incapacité d'agir, appareils défectueux, système de soin n'offrant pas la sécurité voulue ou protocole gravement défaillant.
- 3 Mettez en sûreté immédiatement les médicaments, appareils et rapports en relation avec l'événement.
- 4 Si le personnel d'encadrement médical et soignant n'est pas en mesure d'agir ou s'il est suspendu, veillez à son remplacement et informez le patient et sa famille.

5 Informez aussi rapidement que possible tous les membres de l'équipe médicale et soignante afin qu'ils disposent de toutes les informations requises sur l'événement et que toutes les communications subséquentes avec le patient et sa famille soient cohérentes.

6 Définissez immédiatement qui sera responsable de la communication avec le patient et sa famille en ce qui concerne l'événement.

7 Consignez aussi rapidement que possible les circonstances de l'événement indésirable ainsi que tous les facteurs qui y ont contribué, tant que le souvenir des participants est encore intact. Cette information peut être décisive pour le traitement clinique immédiat du patient.

8 Rapportez l'événement à l'autorité compétente de l'hôpital.

IX. Analyse de l'événement

Il serait souhaitable que les prestataires et les établissements de soins développent des stratégies, des processus et des méthodes ainsi que l'expertise requise pour procéder aux investigations sur l'incident ainsi qu'à son analyse. Les analyses doivent être approfondies, multidisciplinaires et exemptes de jugement. Elles doivent utiliser des méthodes modernes qui reflètent la science de la sécurité des patients et les «Best Clinical Practices».

L'objectif de l'analyse est d'identifier les facteurs multiples ayant contribué à la survenance de l'incident et si possible, d'élaborer des modifications systémiques qui permettront de réduire la probabilité d'une récurrence de l'incident. En conséquence, les personnes ou comités responsables de l'analyse doivent travailler en étroite collaboration avec ceux qui sont habilités à procéder à des modifications institutionnelles du système.

Il convient de créer des mécanismes d'implantation de ces modifications, de même que des processus permettant de contrôler objectivement si les modifications apportées ont été véritablement suivies d'améliorations.

Argumentation et preuve

Il existe trois raisons pour lesquelles des investigations et des analyses doivent être réalisées en cas d'incidents graves.

Premièrement, pour éviter autant que possible toute récurrence chez de futurs patients. L'étude et l'analyse approfondies de tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué à l'événement constituent la première étape de l'identification et de la correction des défaillances du système. Tous les établissements s'engageant en faveur de la sécurité considèrent les incidents comme la preuve que le système a failli.

Deuxièmement, les patients ayant subi un préjudice du fait d'un événement indésirable ont, dans la mesure du possible, le droit de savoir quelles ont été les causes de cet événement et ce qui est entrepris pour y remédier. Nombreux sont les patients désireux que des mesures soient prises afin d'éviter qu'un autre patient ne soit victime d'un incident analogue. Si cette information peut éventuellement avoir un effet thérapeutique, elle est essentiellement fournie pour répondre à l'obligation éthique d'informer correctement la personne ayant subi le préjudice.

Troisièmement, les établissements de soins ont également l'obligation morale, à l'égard des futurs patients, ailleurs, dans d'autres établissements, d'identifier les risques de sécurité et de diffuser les informations concernant les mesures de correction envisageables. Tel est l'objet principal des systèmes de rapports obligatoires à l'institution publique. Pour qu'un système de ce type fonctionne, il faut que les informations fournies aux autorités d'accréditation, aux comités de certification et aux services de la santé soient exhaustives et précises (pour de plus amples détails, cf. Chapitre XII).

Par ailleurs, les hôpitaux ont l'obligation, en interne, de connaître exactement l'événement afin d'être préparés à un litige potentiel.

Pour pouvoir réaliser des analyses productives et tirer des enseignements des événements, il faut que l'établissement dispose de directives et de procédures bien établies lui permettant d'enquêter sur l'événement et de l'analyser. Les personnes qui effectuent cette analyse doivent être bien formées et être elles-mêmes habilitées à modifier le système, ou encore collaborer étroitement avec les personnes qui y sont habilitées.

Recommandations

1 Peu d'établissements ayant la capacité d'enquêter sur tous les incidents, ils doivent élaborer des critères de sélection des événements pour une analyse formelle des causes racines (root cause analysis). La priorité devra être donnée aux événements entraînant le décès, à l'origine d'une morbidité importante, contrevenant à la pratique courante ou pour lesquels une enquête est demandée par l'un des membres de l'équipe médicale. Les incidents évités de justesse

Analyse de l'événement

- Etablissez des critères de sélection des incidents pour l'analyse formelle des causes racines.
- Chargez le département de la gestion des risques de l'enquête.
- Assurez la protection du processus d'enquête aux personnes participant à l'analyse des causes racines.
- Un collaborateur de haut niveau non impliqué dans l'incident doit apporter son soutien à l'analyse des causes racines.
- Tout le personnel d'encadrement médical et soignant impliqué dans l'événement doit participer.

Lorsque les choses tournent mal – Communiquer et agir après un incident

- Il doit être fait appel aux meilleures pratiques disponibles pour l'analyse de l'événement et la planification des interventions.
- Les entretiens avec le patient et sa famille doivent être pris en compte dans l'analyse des causes racines.
- Les résultats de l'analyse doivent être rapportés à la direction et au comité directeur.
- Etablissez des processus assurant l'implémentation des mesures correctives.
- Surveillez tant l'efficacité que les répercussions négatives éventuelles des modifications.
- Collectez les données de l'analyse des causes racines et assurez-en le suivi pour définir des priorités en matière d'améliorations.

(near misses) présentant un risque de dommage élevé ou un fort potentiel d'enseignement doivent être eux aussi analysés.

2 L'enquête sur l'incident devra être effectuée ou dirigée par le département Gestion des risques de l'établissement afin de garantir la confidentialité et la protection du processus de l'enquête (peer-review protection).

3 Les dispositions statutaires concernant les collaborateurs médicaux de l'établissement doivent prévoir la protection du processus de l'enquête pour les médecins et autres prestataires médicaux participant à une analyse des causes racines. Pour favoriser l'apprentissage institutionnel, les collaborateurs de la clinique et les membres du personnel administratif doivent être encouragés à demander ou à réaliser eux-mêmes une analyse des causes racines dans le respect de la confidentialité/du processus de l'enquête.

4 L'analyse des causes devra s'effectuer avec le soutien d'un collaborateur de haut rang n'ayant pas été directement impliqué dans l'événement, lequel pourra donc conserver son objectivité et fournir son appui dans les discussions dans un esprit non punitif. Les collaborateurs de la gestion des risques, les responsables de la sécurité du patient et de l'amélioration de la qualité, ainsi que la direction de l'établissement peuvent tous être formés à assumer ce rôle. L'intervention de spécialistes cliniques et de spécialistes du système est tout aussi capitale pour donner à l'établissement une compréhension précise des circonstances dans lesquelles s'est produit l'incident.

5 Les médecins et autres collaborateurs impliqués dans l'événement devront également compter au nombre des participants. Tous les collaborateurs impliqués doivent être encouragés à participer afin que le plus grand nombre possible de perspectives puissent être prises en compte. Il est également souhaitable que la direction de l'hôpital – manager, directeurs et responsables d'unités compris – participe elle aussi afin d'assurer que les mesures de correction seront bien menées à terme.

6 La sécurité des patients est une discipline en pleine évolution, les meilleures stratégies et techniques d'analyse se modifieront donc au fil du temps. Pour son analyse des événements indésirables ainsi que pour l'élaboration d'interventions, l'établissement devra faire appel aux meilleures pratiques disponibles.

7 Bien que les patients et leur famille ne participent pas, normalement, à l'analyse des causes racines, ils devront être interrogés sur les faits et les circonstances de l'événement, et être informés de l'engagement de l'établissement à les tenir au courant.

8 Les incidents graves et les résultats de toutes les analyses des causes racines doivent être rapportés à la direction clinique et administrative, ainsi qu'au conseil de surveillance. Il s'agit là d'une étape décisive au sein de la boucle institutionnelle d'apprentissage.

9 Les établissements doivent élaborer des processus garantissant que les mesures correctives issues des conclusions de l'analyse des causes racines seront implémentées et que toutes les parties prenantes recevront un feedback à leur sujet. Les départements ne disposant pas tous de systèmes de contrôle performants, il peut s'avérer utile de développer des mécanismes complémentaires qui permettront de vérifier qu'une haute priorité est bien donnée aux modifications systémiques recommandées et qu'un suivi de leur implémentation et de leur efficacité est assuré.

10 Les modifications systémiques mises en œuvre en réponse à l'analyse des événements indésirables peuvent avoir des répercussions négatives inattendues. Toutes les modifications majeures doivent donc comporter un programme de surveillance de leur efficacité ainsi que des éventuelles répercussions indésirables.

11 Les données issues des analyses des causes racines devront être collectées et suivies de manière à identifier d'éventuels modèles et tendances, et à définir des priorités pour les initiatives d'amélioration.

X. Documentation

A la suite d'un incident, une présentation exhaustive, exacte et objective des informations cliniques pertinentes relatives à l'événement doit être jointe au dossier du malade par le personnel d'encadrement médical compétent. Les mesures de soins prises en faveur du patient ainsi que les programmes de traitement mis en place devront y être consignés.

Toutes les communications avec le patient et sa famille seront également documentées. Il y figurera le lieu, la date et l'heure, les participants, les contenus de l'entretien, la réaction du patient, le niveau de compréhension dont a fait preuve ce dernier, ainsi que les prochaines mesures devant être prises par le patient, les personnels d'encadrement médical et soignant et les collaborateurs de l'établissement.

Argumentation et preuve

La documentation est essentielle non seulement dans l'optique de l'encadrement médical et soignant du patient mais également parce qu'elle permet de tirer des enseignements de l'événement et qu'elle constitue un compte rendu précis dans l'hypothèse où une action serait intentée ultérieurement devant les tribunaux ou les autorités administratives.

Afin d'éviter toute communication potentiellement incompréhensible ou contradictoire après un événement indésirable grave, il est essentiel que toutes les parties aient accès à des informations précises et exhaustives sur l'événement, ainsi qu'à tout ce qui a été communiqué au patient et à sa famille.

Cette documentation sert également de compte rendu historique à utiliser ultérieurement comme référence en cas de litige.

La documentation de l'entretien avec le patient et sa famille au sujet de l'événement n'a pas lieu de poser de problèmes si elle est établie dans le cadre

du processus de communication avec tous les intervenants. Une documentation irréprochable servira les intérêts tant du patient que du personnel d'encadrement médical et soignant, et favorisera une bonne assistance médicale du patient.

Recommandations: (De l'ASHRM [American Society for Healthcare Risk Management], 2001)¹⁰

1 Les détails cliniques de l'événement doivent être documentés par les membres de l'équipe médicale et soignante qui sont les mieux informés et les plus fortement impliqués. Ils doivent notamment inclure:

- Les circonstances objectives de l'événement, date, heure et lieu compris.
- L'état du patient juste avant l'événement
- L'intervention médicale et la réaction du patient
- L'information du médecin (des médecins)

2 La personne chargée de la communication initiale doit s'entretenir avec le patient et sa famille aussi rapidement que possible après l'événement^b. Cette personne peut être le médecin impliqué dans l'incident ou le médecin chef du service concerné. (Cf. chapitre II B, page 10.)

3 Dans la documentation doivent figurer:

- L'heure, la date et le lieu de l'entretien.
- Les noms et le lien existant avec les personnes participant à l'entretien.
- Le contenu de l'entretien.
- La réaction du patient et le niveau de compréhension dont il a fait preuve.
- Les informations supplémentaires fournies au patient et à sa famille ou, le cas échéant, au représentant légal.
- Toute proposition d'aide et la réaction à celle-ci.
- Les questions posées par le patient ou sa famille, et les réponses à celles-ci.
- La notification du fait que dès que des informations nouvelles seront disponibles, elles seront communiquées au patient, à la famille ou au représentant légal.
- Les prochaines mesures à prendre par le patient, les personnels d'encadrement médical et soignant ou le personnel de l'établissement.
- Tous les entretiens de suivi.

4 La documentation doit éviter toute remarque péjorative à l'égard des autres personnels, ainsi que toute mention à caractère intéressé.

^b La formulation du texte original «The person ... should talk with the patient and family as soon as possible after the discussion» n'a pas de sens et est sans doute une erreur. D'après le contexte, on peut penser qu'il doit plutôt s'agir de « ... as soon as possible after the event». La traduction a été effectuée dans ce sens.

XI. Reporting

Les incidents doivent être immédiatement rapportés au personnel de direction, au département de gestion des risques ainsi qu'aux autres parties intéressées afin d'assurer un traitement adéquat du patient ainsi qu'une communication appropriée avec ce dernier et sa famille, et de favoriser l'apprentissage institutionnel. L'établissement d'un rapport s'avère par ailleurs nécessaire pour satisfaire aux directives spécifiques de différentes autorités de réglementation externes telles que le Department of Public Health (DPH), le Board of Registration in Medicine (BRM), la Food and Drug Administration (FDA) ou la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCHAO).

Les patients doivent être informés des rapports adressés aux autorités de réglementation.

Les prestataires médicaux et les hôpitaux sont également tenus d'informer leurs assureurs responsabilité civile de certains types d'incidents, notamment de ceux qui sont potentiellement susceptibles d'entraîner de futures plaintes pour erreur médicale ou des prétentions en dommages-intérêts.

Justification et preuve

Le rapport est la première étape dans la démarche qui permettra de tirer des enseignements d'un événement. Dans un établissement hospitalier s'engageant en faveur de la sécurité, l'élaboration d'un rapport conduit à une enquête approfondie visant à identifier les défaillances du système à l'origine de l'événement et, ce faisant, à repenser la conception du système de manière à réduire la probabilité d'une récurrence du préjudice.

Cette approche se fonde sur la constatation du fait que les événements indésirables et les erreurs sont les symptômes d'un système défaillant et ne

doivent pas être eux-mêmes considérés comme des défaillances. Le rapport donne accès aux investigations et à l'analyse des défaillances du système, ces investigations et cette analyse pouvant conduire à des améliorations substantielles du système pour autant qu'elles soient menées de manière compétente.

Non seulement les rapports adressés aux autorités de réglementation externes – DPH, BRM, FDA ou JCAHO – sont nécessaires dans l'optique de l'accréditation et de la certification, mais ils sont également essentiels en vue du partage à grande échelle, avec les autres établissements, des enseignements tirés des incidents. Ainsi dans l'Etat du Massachusetts, le DPH et le BRM publient-ils régulièrement des alertes de sécurité et des guides se fondant sur des incidents rapportés dans les établissements médicaux de cet Etat. La JCAHO diffuse ces expériences par le biais de ses Sentinel Events Alerts. Les autorités de réglementation, telles que la FDA, exigent elles aussi la remise de rapports dans le cadre de leur fonction de surveillance afin d'identifier les situations particulièrement dangereuses qui exigent une correction urgente.

Le système de reporting doit:

- Définir les personnes à informer.
- Spécifier la manière dont l'incident doit être rapporté.
- Définir la personne chargée d'effectuer le rapport.
- Définir le processus de réponse à l'événement.
- Le rapport doit aboutir à une enquête et à des mesures de correction.
- Le reporting doit présenter toute la sécurité requise.
- Il est nécessaire d'établir des procédures assurant le reporting nécessaire aux autorités de réglementation.
- Le département des relations publiques doit être informé.

Recommandations

- 4 Pour le rapport des incidents, les hôpitaux doivent mettre en place des procédures répondant aux exigences des différentes autorités de réglementation en la matière et prenant parallèlement en compte l'engagement fiduciaire de l'hôpital à l'égard de ses assureurs.
 - 5 Certains incidents suscitant l'intérêt des médias, les départements RP des hôpitaux doivent être immédiatement informés des événements graves afin de pouvoir répondre de manière appropriée aux demandes d'informations.
- 1 Les hôpitaux ont besoin d'un service interne de reporting qui:
 - Identifie les personnes ou les départements qui doivent être informés en cas d'incident.
 - Spécifie la manière dont un incident doit être rapporté.
 - Définit qui est responsable du reporting.
 - Définit la marche à suivre après l'annonce d'un incident.
 - 2 Le système doit être réactif, c'est-à-dire que les auteurs des rapports doivent pouvoir constater que le rapport aboutit bien à des investigations et, chaque fois que c'est possible, à la prise de mesures correctives.
 - 3 Le système doit être vu comme étant sûr, n'impliquant aucun risque de censure ou de mesures de discipline pour l'auteur du rapport.

Annexe A

Quelques formulations pour la communication avec le patient

Même après la lecture des directives ayant trait à la divulgation d'un événement indésirable au patient qui figurent ci-dessus, il est peut-être intéressant de réfléchir à quelques formules types. Dans le cas d'une erreur de médication, vous pourriez dire par exemple:

Laissez-moi vous expliquer ce qui s'est passé. Au lieu du pamidronate qui vous est normalement administré, nous vous avons injecté un médicament utilisé en chimiothérapie, le carboplatine.

J'aimerais vous expliquer ce que cela signifie pour votre santé, mais tout d'abord je tiens à vous présenter mes excuses.

Je suis vraiment désolé. Cela n'aurait pas dû se produire. Actuellement, je ne peux encore dire comment cela s'est passé mais je vous promets que nous allons le découvrir et que nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour garantir que cela ne se reproduise plus. Dès que je saurai ce qu'il en est, je vous en informerai, mais cela demandera sans doute un peu de temps pour élucider totalement la chose.

Je tiens encore une fois à vous dire combien je regrette que cela se soit produit.

Quelles sont à présent les répercussions sur votre santé? Vous n'avez reçu qu'une fraction de la dose normale de carboplatine. Il est donc tout à fait improbable que cette perfusion ait de quelconques répercussions négatives. Néanmoins, je souhaite vous suivre attentivement au cours des prochaines semaines. Chez les patients auxquels est administrée la dose complète, les effets secondaires potentiels sont les suivants: ... Chez les patients que nous mettons sous surveillance en raison de ces effets secondaires, nous contrôlons normalement: ... Nous traitons ces effets secondaires par ... Je souhaiterais vous voir demain à la clinique afin que nous ...

Annexe B

Une étude de cas relative à la communication avec le patient et sa famille

D^r Smith, patiente de 42 ans, est prise d'inquiétude pendant ses vacances, elle redoute une récurrence de son cancer du sein. Elle décide donc d'interrompre ses vacances et de rentrer pour se faire examiner au Dana Farber Cancer Institute. Les examens confirment la récurrence et mettent en évidence des métastases hépatiques. Désireuse de commencer immédiatement un traitement, D^r Smith décide de participer à une étude clinique. Elle est la première patiente à s'inscrire à cette étude et reçoit sa première dose de chimiothérapie sans aucun incident. Trois semaines plus tard, lors de la deuxième séance, elle signale à son oncologue que son état s'est légèrement aggravé. Le même soir, l'oncologue traitant D^r Smith reçoit un appel du pharmacien de l'étude lui déclarant que la patiente n'a reçu que le diluant sans la substance chimiothérapeutique active.

L'oncologue reconnaît alors la nécessité d'informer sa patiente de cette erreur et décide de lui rendre visite à son domicile car il habite dans une commune toute proche. Il veut ainsi lui épargner un trajet inutile jusqu'à la clinique. Il divulgue l'erreur et présente des excuses. Il indique à sa patiente qu'il n'existe aucune donnée faisant craindre des répercussions négatives à long terme. D^r Smith et son époux exigent alors que le processus d'administration du médicament de l'étude soit modifié de manière à minimiser le risque que cette erreur ne se répète avec une autre patiente. Ils demandent par ailleurs une forme quelconque d'indemnisation. D^r Smith et son époux expliquent dès le départ qu'ils ne possèdent ni l'un ni l'autre un tempérament procédurier – par nature et du fait de leur expérience

avec la médecine – et qu'ils ne souhaitent pas faire appel à un avocat ni rendre la chose publique.

En réaction à cet événement, le directeur médical et le responsable des soins rencontrent D^r Smith et son époux pour discuter des craintes suscitées par l'erreur et de leur souhait d'indemnisation.

Concernant ce dernier point, il est décidé qu'une équipe, comprenant de nombreux représentants de l'établissement, se réunira en interne pour examiner le cas. Participent à cette réunion, l'oncologue de la patiente, un responsable des contentieux de l'assureur responsabilité civile, un avocat, la gestion du risque, la direction médicale et des soins, la direction administrative et le responsable déontologique de l'hôpital. L'équipe est un peu surprise que la patiente ait exigé une indemnisation dépassant les dépenses occasionnées par les consultations médicales supplémentaires. Elle tente de deviner les intentions de la patiente et décide tout simplement de les lui demander. La direction médicale, des soins et de l'administration organise donc une rencontre avec la patiente et son époux. L'oncologue estime qu'il ne doit pas participer à cette réunion afin que la patiente ait l'occasion d'exprimer ses craintes sans réserve. Par ailleurs, il ne veut pas que cet entretien vienne affecter la relation thérapeutique avec sa patiente et sa famille.

La rencontre avec D^r Smith et son époux a lieu et une discussion approfondie et franche se déroule au sujet de l'analyse de l'événement, des facteurs potentiels ayant contribué à la survenue de l'erreur et des mesures prévues pour réduire les erreurs. Il est alors demandé à la patiente et à son époux d'expliquer les raisons pour lesquelles ils exigent une indemnisation financière. Leur réponse est qu'ils estiment que ce serait un geste approprié de la part de l'établissement, pour reconnaître à la fois l'erreur et son impact émotionnel sur la patiente et sa famille. Modérée, la somme exigée a de toute évidence un caractère symbolique. L'établissement propose alors une indemnisation en échange d'une renonciation à toute plainte.

D^r Smith et son époux acceptent cette proposition. D^r Smith exprime très clairement qu'elle est satisfaite de son médecin et de l'établissement. Elle souhaite poursuivre son traitement avec la même équipe, ce qu'elle fera d'ailleurs par la suite. La ren-

contre est ressentie comme positive par la patiente et son époux, ainsi que par les représentants de l'hôpital, car l'accord obtenu permet de mettre un terme à l'incident.

Annexe C

Éléments du soutien au personnel d'encadrement médical et soignant

1 Soutien émotionnel

La survenue d'un événement médical indésirable est une période d'émotions pesantes et d'activités fiévreuses impliquant de multiples services hospitaliers. Dans ce type de situation, un processus clairement défini est indispensable pour pouvoir évaluer, activer et superviser une réaction efficace de soutien au personnel de l'hôpital. Etant donné que le cadre et les circonstances dans lesquels surviennent les événements indésirables peuvent être très différents, une réponse flexible s'impose si l'on veut pouvoir fournir le meilleur soutien émotionnel possible. Cet objectif peut être atteint en formant un groupe qualifié de collaborateurs qui sera disponible, dans le cadre de la réponse initiale, pour évaluer l'incident concerné et coordonner les services de soutien adéquats. Les personnes formées à cette réponse initiale doivent disposer d'une expérience de conseil en situation de crise et être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le timing et la durée du soutien émotionnel devront être adaptés aux besoins individuels de chacun des collaborateurs de l'hôpital impliqués dans l'événement. Ce soutien englobera une aide immédiate et à court terme, dispensée sur place et au sein de l'établissement par des services tels que les Employee Assistance Programs (EAP), la gestion des risques ou la psychiatrie. Une aide à long terme est offerte par les services affiliés à l'hôpital ou par des services externes indépendants, du type de ceux proposés par des conseillers privés ou par des organismes tels que les Medically Induced Trauma Sup-

port Services (MITSS). Il serait utile d'établir un lien entre le soutien à court terme et à long terme, lien qui garantirait aux personnels d'encadrement médical et soignant un accès ininterrompu aux services dont ils ont besoin.

Pour qu'ils puissent tirer un réel bénéfice de ces services, il est essentiel que le personnel médical et soignant concerné par un événement indésirable soit satisfait du mode de soutien qui est mis à sa disposition. Pour qu'il en soit ainsi, il est important qu'il ait été informé au préalable des services de soutien disponibles et qu'il soit formé aux mécanismes de réponse aux événements indésirables. Le soutien émotionnel requis varie d'une personne à l'autre et il est capital que le personnel d'encadrement médical et soignant reste en relation avec les services de soutien proposés, de manière à ce qu'une intervention soit possible dès qu'il en a besoin et est prêt à y faire appel. Il peut être utile, au sein des départements, de nommer des représentants du personnel d'encadrement médical et soignant, dont la mission sera d'établir et d'entretenir la relation avec ces services de soutien. Il est également important de proposer des conseils individuels et de groupe en fonction des besoins et de l'état psychique du personnel concerné.

Les répercussions émotionnelles d'un événement indésirable sur le personnel d'encadrement médical et soignant peuvent entraver la capacité de ces derniers à agir en toute sécurité dans l'environnement hospitalier. Les services de soutien émotionnel ont pour objectif de minimiser les conséquences néfastes et de permettre un retour rapide et sain à des activités normales. Outre les services de soutien émotionnel, les établissements devraient envisager l'élaboration de dispositions permettant au personnel d'encadrement médical et soignant concerné de se mettre en arrêt de maladie, de prendre des vacances, d'être dispensé de service ou d'assurer d'autres activités cliniques jusqu'à ce qu'il soit en mesure de reprendre son activité normale.

2 Soutien post-event

Le soutien apporté à la suite d'un événement indésirable doit notamment comporter des mesures destinées à renforcer la capacité du personnel d'encadrement médical et soignant, alors affaiblie, à participer activement à l'évaluation de l'incident. Consigner le détail des faits en rapport avec cet événement est essentiel pour préserver la cohérence de la communication avec le patient et sa famille, ainsi que pour établir une relation de confiance. Il s'agit également d'une démarche déterminante dans l'optique d'une maximisation des enseignements à tirer de l'événement, dans le but d'éviter toute répétition future. Tout comme pour le soutien émotionnel, il est important de mettre en place un processus organisé qui puisse être activé 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Un débriefing de la situation devra avoir lieu avec le personnel d'encadrement médical et soignant peu après l'événement (24–48 heures), soit individuellement, soit en groupe, en fonction des circonstances de l'événement et de l'état de ces personnes.

La documentation précise de l'événement est capitale non seulement parce qu'elle permet de renforcer la transparence de la communication avec le patient et sa famille, mais également parce qu'elle constitue un fondement solide pour les initiatives visant à accroître la sécurité des patients après l'événement. Les formations et les ressources doivent être disponibles pour le personnel d'encadrement médical et soignant avant que survienne un événement, et un soutien direct peut être précieux lorsque l'événement s'est produit. La documentation doit être établie aussi rapidement que possible après l'incident, tant que la chronologie et les détails sont encore bien présents à la mémoire du personnel impliqué.

La communication initiale avec le patient et sa famille est une période essentielle pour la mise en place ou le maintien d'une relation empreinte de confiance et de transparence. Pour tous ceux qui sont impliqués dans un événement indésirable, il s'agit toujours d'une interaction émotionnelle désagréable et pénible. Si le personnel n'a pas été entraîné ou formé à la maîtrise d'une telle situation, même leurs meilleures intentions pourront aboutir à

des malentendus et à une dégradation rapide de la communication ouverte. Il serait souhaitable que le personnel d'encadrement médical et soignant bénéficie en amont d'un entraînement visant à développer les capacités requises pour une communication efficace après un événement indésirable. En outre, des mesures de coaching et de soutien dispensées par des conseillers qualifiés devraient être également disponibles pour faciliter ce processus de communication. Il est important que la communication ait lieu dans un environnement sûr, agréable, garantissant toute la confidentialité voulue pour le patient, sa famille et le personnel médical et soignant.

Le processus d'évaluation de l'incident constitue une période difficile pour le personnel d'encadrement. Après un événement indésirable, toute une série de processus est activée et il est fréquent que le personnel d'encadrement ne soit pas informé de son rôle et de sa responsabilité dans le cadre de l'évaluation. Il est souhaitable que des ressources et des formations préparant à un incident soient disponibles et donnent un aperçu du processus. Il peut être intéressant pour le personnel d'encadrement médical et soignant impliqué d'avoir un représentant qui l'accompagne et le soutienne pendant le processus d'évaluation faisant suite à l'événement.

Annexe D

Entraînement à la communication

Les étapes fondamentales de l'entretien médical²⁸

- Préparation
- Introduction de l'entretien
- Ecoute active
- Répétition de ce qui a été entendu
- Réponse

Communication selon un modèle skills-based²⁶

- **Préparation**
 - Contrôlez les faits.
 - Identifiez les participants adéquats et intégrez-les.
 - Choisissez un environnement approprié.
- **Introduction verbale de l'entretien**
 - Vérifiez que le patient et sa famille sont prêts à participer.
 - Évaluez la formation médicale et la capacité de compréhension du patient et de sa famille.
 - Évaluez le niveau de compréhension médical général du patient et de sa famille.
- **Présentation des faits**
 - Décrivez de manière simple ce qui s'est passé.
 - Exposez ce que l'on sait des conséquences au moment présent.
 - Décrivez les prochaines étapes.
 - Reconnaissez sincèrement la souffrance du patient et de sa famille.
- **Clôture de l'entretien**
 - Résumez.
 - Répétez les questions posées.
 - Exposez les étapes suivantes (follow-up).

- **Documentation**
 - Décrivez l'événement.
 - Décrivez l'entretien.

Autres considérations concernant la communication

- N'utilisez pas de jargon médical
- Prenez en compte les barrières culturelles/linguistiques
- Parlez lentement
- Faites attention au langage du corps
- Ne donnez pas trop d'informations mais ne simplifiez pas à l'extrême
- Donnez suffisamment de temps pour les questions – ne monopolisez pas la conversation

Annexe E

Bibliographie JCAHO sur la divulgation d'incidents médicaux (Medical Error Disclosure)*

- AMA's Council on Ethical and Judicial Affairs, «E-8.12 Patient Information,» Code of Medical Ethics: Current Ethical Opinions, Chicago: American Medical Association, June 1994, one page.
www.ama-assn.org/ama/pub/category/2503.html
- Baker, Susan Keane, «Chapter 15: Adverse Patient Outcomes,» IN Managing Patient Expectations, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998, p.213–222.
- Barron, William M. and Kuczewski, Mark G., «Unanticipated Harm to Patients: Deciding When to Disclose Outcomes,» Joint Commission Journal on Quality and Safety, 29 (10) October 2003, p.551–5.
- Berlinger, Nancy, «Ethical Considerations in Policy Development,» Patient Safety and Quality Healthcare, 1 (2) October–December 2004, p.22–4.
- Berman, Steven, «Reporting Outcomes and Other Issues in Patient Safety: An Interview with Albert Wu,» The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 28 (4) April 2002, p.197–204.
- Bonacum, Doug, et al., «Communicating About Episodes of Harm to Patients,» IN: Leonard, Michael, et al., Achieving Safe and Reliable Healthcare, Chicago: Health Administration Press, 2004, Chapter Six, p.93–112.
- «Build the Public's Trust by Dealing Openly

Lorsque les choses tournent mal – Communiquer et agir après un incident

- With Errors,» AHA News, 35 (30) August 2, 1999, p.6.
- Cain, Brad, «You Might Want to Sit Down,» HealthLeaders, 6 (5) May 2003, p.22.
 - «A Call for Candor Without Fear,» American Medical News, 46 (27) July 21, 2003, p.14.
 - «Chapter Six: Ethical Considerations,» IN: What Every Hospital Should Know About Sentinel Events, Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000, p.89–106.
 - «Condolences Are Fine, But Be Careful What You Say,» Healthcare Risk Management, 23 (6) June 2001, p.67–8.
 - Crane, Mark, «What To Say If You Made a Mistake,» Medical Economics, 78 (16) August 20, 2001, p.26–8, 33–6.
 - Croteau, Richard J., «Editorial: All Outcomes Should Be Disclosed,» Joint Commission Journal on Quality and Safety, 29 (10) October 2003, p.556–7.
 - Darr, Kurt, «Uncircling the Wagons: Informing Patients About Unanticipated Outcomes,» Hospital Topics, 79 (3) Summer 2001, p.33–5.
 - Disclosure of Unanticipated Events: The Next Step in Better Communication with Patients, Chicago: American Society for Healthcare Risk Management, May 2003, 14pp.
 - «Disclosure Requires Some Hard Choices,» Healthcare Risk Management, 23 (12) December 2001, p.137–40.
 - Frenkel, Douglas N. and Liebman, Carol B., «Words That Heal,» Annals of Internal Medicine, 140 (6) March 16, 2004, p.482–3. (Editorial to article by Mazor, et al.)
 - Gallagher, Thomas H., et al., «Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors,» JAMA, 289 (8) February 26, 2003, p.1001–7.
 - Haddad, Amy, «'Fess Up' to Patients?» RN, 66 (9) September 2003, p.27–30. Hebert, Philip C., «Disclosure of Adverse Events and Errors in Healthcare: An Ethical Perspective,» Drug Safety, 24 (15) 2001, p.1095–1104.
 - Hebert, Philip C., «Disclosure of Adverse Events and Errors in Healthcare: An Ethical Perspective,» Drug Safety, 24 (15) 2001, p.1095–1104.
 - Hebert, Philip C., et al., «Bioethics for Clinicians: 23. Disclosure of Medical Error,» Canadian Medical Association Journal, 164 (4) February 20, 2001, p.509–13.
 - Hobgood, Cherri, et al., «Medical Errors: What and When: What Do Patients Want to Know?» Academic Emergency Medicine, 9 (11) November 2002, p.1156–61.
 - Johnson, Connie and Horton, Sue, «Owning Up to Errors; Put an End to the Blame Game.» Nursing 2001, 31 (6) June 2001, p.54–5.
 - Kachalia, Allen, et al., «Does Full Disclosure of Medical Errors Affect Malpractice Liability? The Jury Is Still Out,» Joint Commission Journal on Quality and Safety, 29 (10) October 2003, p.503–11.
 - Kraman, Steve S., et al., «Advocacy: The Lexington Veterans Affairs Medical Center,» Joint Commission Journal on Quality Improvement, 28 (12) December 2002, p.646–50.
 - Kraman, Steve S. and Hamm, Ginny, «Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy,» Annals of Internal Medicine, 131 (12) December 21, 1999, p.963–7. (see also Wu, 1999)

Lorsque les choses tournent mal – Communiquer et agir après un incident

- Lamb, R, «Open Disclosure: The Only Approach to Medical Error,» *Quality and Safety in Health Care*, 13 (1) February 2004, p.3–5.
- Lamb, Rae M., et al., «Hospital Disclosure Practices: Results of a National Survey,» *Health Affairs*, 22 (2) March/April 2003, p.73–83.
- Liebman, Carol B. and Hyman, Chris Stern, «A Mediation Skills Model to Manage Disclosure of Errors and Adverse Events to Patients,» *Health Affairs*, 23 (4) July/August 2004, p.22–32.
- Lindblad, Brad, et al., «Mary Lanning Memorial Hospital: Communication Is Key,» *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30 (10) October 2004, p.551–8.
- Mazor, Kathleen M., et al., «Health Plan Members' Views on Forgiving Medical Errors,» *American Journal of Managed Care*, 11 (1) January 2005, p.49–52.
- Mazor, Kathleen M., et al., «Communicating with Patients about Medical Errors,» *Archives of Internal Medicine*, 164 (15) August 9-23, 2004, p.1690–7.
- Mazor, Kathleen M., et al., «Health Plan Members' Views About Disclosure of Medical Errors,» *Annals of Internal Medicine*, 140 (6) March 16, 2004, p.409–18. (see also editorial by Frenkel and Liebman)
- «Medical Mistakes: Tell Patients, Families Say Risk Managers in National Survey,» *QRC Advisor*, 16 (11) September 2000, p.12.
- Morath, Julie and Hart, Terry, «Partnering with Families: Disclosure and Trust,» IN: *Patient Safety Initiative 2000; Spotlight on Solutions; Compendium of Successful Practices, Volume One*, Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001, p.247–51.
- Nowicki, Michael and Chaku, Maneesh, «Do Healthcare Managers Have an Ethical Duty to Admit Mistakes?» *Healthcare Financial Management*, 52 (10) October 1998, p.62–4.
- O'Connell, Daniel and Reifsteck, Sandra W., «Disclosing Unexpected Outcomes and Medical Error,» *Journal of Medical Practice Management*, 19 (6) May–June 2004, p.317–23.
- O'Connell, Daniel, et al., «Disclosing Unanticipated Outcomes and Medical Errors,» *Journal of Clinical Outcomes Management*, 10 (1) January 2003, p.25–9.
- Ott, Mary, «Key Considerations on Drafting a Policy on Disclosure of Unanticipated Outcomes,» *Journal of Healthcare Risk Management*, 21 (3) Fall 2001, p.27–34. (Includes sample policy from Sisters of Mercy Health System, St. Louis, MO)
- Perspective on Disclosure of Unanticipated Outcome Information. Chicago: American Society for Healthcare Risk Management, April 2001, 20pp.
- Popp, Pamela L., «How To – And Not To – Disclose Medical Errors to Patients,» *Managed Care*, 11 (10) October 2002, p.52–3.
- Porto, Grena G., «The Risk Manager's Role in Disclosure of Medical Error: Seeing Ourselves as Others See Us,» *Journal of Healthcare Risk Management*, 21 (3) Fall 2001, p.19–24.
- Porto, Grena G., «Disclosure of Medical Error: Facts and Fallacies,» *Journal of Healthcare Risk Management*, 21 (3) Fall 2001, p.67–76.
- Robeznieks, Andis, «The Power of an Apology,» *American Medical News*, 46 (28) July 28, 2003, p.9,10.
- Rosner, Fred, et al., «Disclosure and Prevention of Medical Errors,» *Archives of Internal Medicine*, 160 (14) July 24, 2000, p.2089–2092.

Lorsque les choses tournent mal – Communiquer et agir après un incident

- Schwappach, David L.B. and Koeck, Christian M., «What Makes an Error Unacceptable? A Factorial Survey on the Disclosure of Medical Errors,» *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (4) August 2004, p.317–24.
- Smetzer, Judy, «Prescriptions for Safety,» *AHA News*, 36 (11) March 20, 2000, p.7.
- Talking to Patients About Health Care Injury: Statement of Principle. Chicago, IL: National Patient Safety Foundation, November 14, 2000, one page (www.npsf.org/statement.htm)
- «Telling the Truth: Why You Should Disclose Medical Errors to Your Patients,» *Briefings on Patient Safety*, 3 (7) July 2002, p.7–9.
- Volker, Deborah L. and Clark, Angela P., «Taking the High Road: What Should You Do When an Adverse Event Occurs?» *Clinical Nurse Specialist*, 18 (4) July–August 2004, p.180–2.
- Walton, Merrilyn, *Open Disclosure To Patients or Families After an Adverse Event; A Literature Review*, Sydney, Australia: Australian Council for Safety and Quality in Health Care, Open Disclosure Project, November 2001, 55pp. ([www.nsh.nsw.gov.au/teach_research/cpiu/CPIUwebdocs/WebversionLiterature Review.pdf](http://www.nsh.nsw.gov.au/teach_research/cpiu/CPIUwebdocs/WebversionLiterature%20Review.pdf) (accessed 4/02))
- Wojcieszak, Doug, «One Med-Mal Resolution: Simply Saying ‘Sorry’ Works,» *Crain’s Chicago Business*, 27 (30) July 26, 2004, p.11.
- Wu, Albert W., see also Berman, Steven.
- Wu, Albert W., «Handling Hospital Errors: Is Disclosure the Best Defense?» *Annals of Internal Medicine*, 131 (12) December 21, 1999, p.970–2. (see also Kraman)
- Wu, Albert W., et al., «To Tell the Truth; Ethical and Practical Issues in Disclosing Medical Mistakes to Patients,» *Journal of General Internal Medicine*, 12 (12) December 1997, p.770–5.
- Wusthoff, Courtney J., «MSJAMA: Medical Mistakes and Disclosure: The Role of the Medical Student,» *JAMA*, 286 (9) September 5, 2001, p.1080–1.
- *
www.jcipatientsafely.org/show.asp?durki=9772&site=149&return=9334

Référence de littérature

- ¹ Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- ² Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- ³ Senge P. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday, 1990.
- ⁴ ASHRM. Survey Definitions. Vol. 2004: <http://medicine.wustl.edu/cgi/survey.cgi>, 2004.
- ⁵ Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003; 289:1001–7.
- ⁶ Vincent C. Understanding and responding to adverse events. New England Journal of Medicine. 2003; 348:1051–6.
- ⁷ Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. The Lancet 1994; 343:1609–1614.
- ⁸ Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Archives of Internal Medicine 1996; 156: 2565–9.
- ⁹ Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Attitudes after unintended injury during treatment: a survey of doctors and patients. WJM 1999; 171:81–83.
- ¹⁰ ASHRM. Perspectives on disclosure of unanticipated outcome information. Chicago, IL, 2001: www.ashrm.org/asp/highlights/topics.asp.
- ¹¹ Lazare A. On Apology, 2004.
- ¹² Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? Joint Commission Journal on Quality & Safety 2003; 29:503–511.
- ¹³ Branson F. Personal Communication.
- ¹⁴ Vincent C, Pincus T, Scurr J. Patients' experience of surgical accidents. Qual Health Care 1993; 2: 77–82.
- ¹⁵ Bonacum D. Personal communication, 2005.
- ¹⁶ Kraman SS, Cranfill L, Hamm G, Woodard T, John M, Eisenberg Patient Safety Awards. Advocacy: the Lexington Veterans Affairs Medical Center. Joint Commission Journal on Quality Improvement 2002; 28:646–50.
- ¹⁷ Hall S. U-M docs say sorry, avert suits,. Detroit News 2004.
- ¹⁸ COPIC. Personal communication 2005.
- ¹⁹ Studdert D, Thomas E, Zbar B, et al. Can the United States afford a «no fault» system of compensation for medical injury? Law and Contemporary Problems 1997; 60:1–34.
- ²⁰ Studdert DM, Brennan TA. No-fault compensation for medical injuries: The prospect for error prevention. JAMA 2001; 286:217–223.
- ²¹ Hilfiker D. Facing our mistakes. NEJM 1984; 310:118–122.
- ²² Christensen J, Levinson W, Dunn P. The heart of darkness: The impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med 1992; 7:424–431.
- ²³ Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. Arch Fam Med 1996; 5:71–75.
- ²⁴ Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851–1857.
- ²⁵ Devencenzi A. Effective Use of Critical Incident Stress Management (CISM) for Healthcare Professionals: 6th Annual NPSF Patient Safety Congress, 2004.
- ²⁶ ASHRM. Disclosure: What Works Now & What Can Work Even Better. Chicago, 2004.
- ²⁷ Pichert J, Hickson G. «Communicating Risk to Patients and Families.» In: Vincent C, ed. Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety. London: BMJ, 2001.
- ²⁸ Buckman R. Breaking Bad News. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.

Autres références sur la divulgation d'incidents médicaux

(Medical Error Disclosure)

- Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl Med* 2002; 347:1933-1940.
- Cleopas A, Villaveces A, Charvet A, Bovier PA, Kolly V, Perneger TV. Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness. *Qual Saf Health Care*. 2006 Apr;15(2):136-41.
- Forsa-Institut. Behandlungsfehler. Repräsentative Befragung für die Techniker Krankenkasse. Berlin: Techniker Krankenkasse, 2002.
- Frost A. Public disclosure of medical errors. 2003. www.bushsecrecy.org
- Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, Flum DR, Larson EB, Waterman BM, Dunagan WC, Fraser VJ, Levinson W. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med*. 2006 Aug 14-28;166(15):1585-93.
- Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *Br Med J* 1999; 318:640-641.
- Levinsky NG. Truth or consequences. *N Engl J Med* 1998, 338:913-915.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277:553-559.
- Liang BA. A system of medical error disclosure. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:64-68.
- Rosse PH, Nock SL. *Measuring Social Judgments. The Factorial Survey Approach*. London: Publications, 1982.
- Runciman WB, Merry AF, Tito F. Error, blame, and the law in health care-an antipodean perspective. *Ann Intern Med* 2003; 138:947-979.
- Schwappach DLB, Koeck CM. Improving patient-provider communications: a web-access national health care survey panel. *Health Expert* 2003; 6:269-272.
- Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002; 11:76-80.
- von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschau* 2003; 155:318-325.
- Zollinger U, Plattner T. Sicherer oder möglicher letaler Behandlungsfehler: Was ist zu tun?. *Praxis* 2005; 94: 1023-1029

Lorsque les choses tournent mal – Communiquer et agir après un incident

Siège de la Fondation

c/o Académie suisse des sciences
médicales (ASSM); Bâle

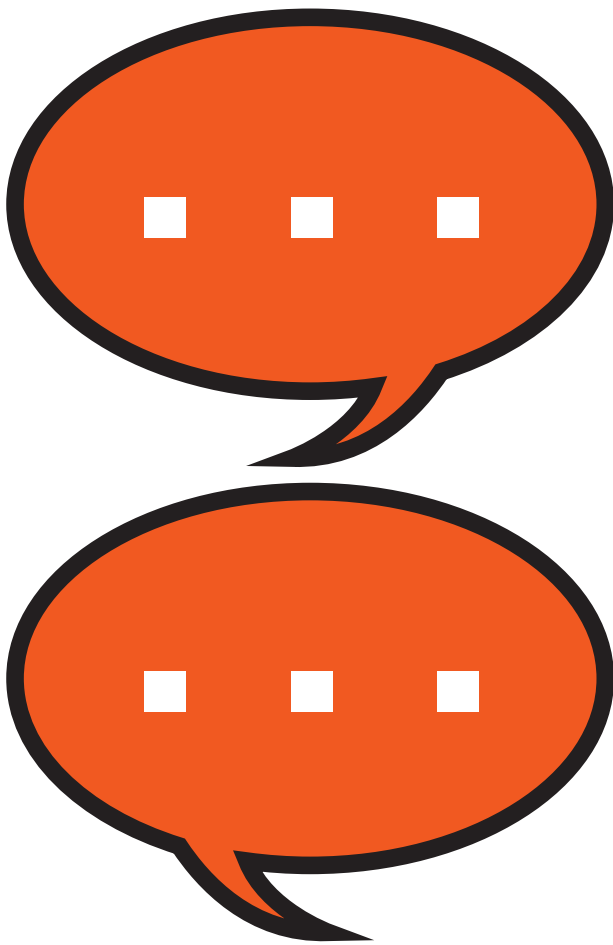
Fondation pour la Sécurité des Patients
Bureau du secrétariat
Asylstrasse 77
CH-8032 Zurich

Téléphone +41 (0)43 243 76 70
Fax +41 (0)43 243 76 71
info@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch

Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 1



Lorsque les choses tournent mal

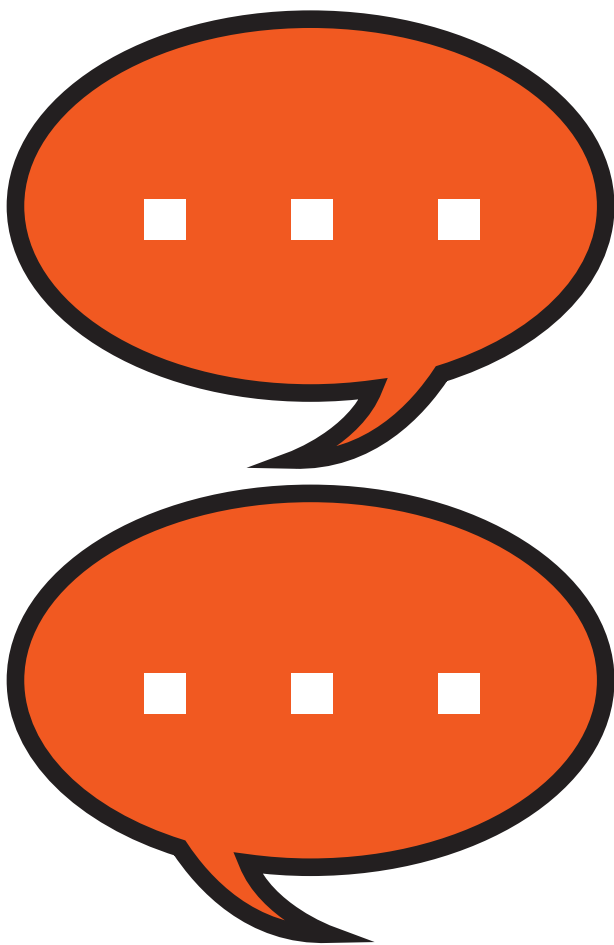
Communiquer et agir après un incident
Un document de consensuel
des hôpitaux affiliés à Harvard

Avec un avant-propos de:
Prof. Dieter Conen
Président de la Fondation
pour la sécurité des patients
Dr Marc-Anton Hochreutener
Directeur de la Fondation
pour la sécurité des patients



sécurité des patients suisse

Publication sécurité des patients Suisse



Fondation pour la Sécurité des Patients
Bureau et Contact
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Siège
c/o Académie suisse des
sciences médicales (ASSM)
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland