



Information d'un dommage associé aux soins

- **QUELQUES DEFINITIONS**
- **LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE EN FRANCE**
- **LA MÉTHODOLOGIE DE L'ANNONCE DAS (PAR ÉTAPE)**
- **LES RÈGLES D'OR**



1

Définitions

Définition du dommage

Un dommage (atteinte subie par une personne dans son corps ou dans ses biens) est la conséquence d'un évènement indésirable dont l'origine peut être diverse : complication liée à la pathologie du patient, aléa thérapeutique, dysfonctionnement ou erreur.

D'après le rapport d'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) 2009

L'évènement indésirable associé aux soins

[...] tout évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé [...] consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement.

Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie.

Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS) HAS février 2015

Constitue une évènement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

Art. R. 6111-1 du CSP

« Un incident touchant à la sécurité des patients est un évènement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient. »

OMS. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report January 2009. <http://www.who>.

⑥ L'évènement indésirable grave associé aux soins

« Un évènement indésirable **grave** associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le **décès**, la **mise en jeu du pronostic vital** ou la survenue probable d'un **déficit fonctionnel permanent**.»

(Décret en cours de validation modifiant l'article R. 1413-67 du code de la santé publique)

✓ Décès ou mise en jeu du pronostic vital

Décès inattendu ou perte permanente d'une fonction ne résultant ni de l'évolution naturelle de la maladie, ni du terrain du patient

✓ Hospitalisation en réanimation, ré-intervention non programmée

Au cours d'un acte de soins

✓ Erreur de patient ou erreur de côté pour tout type d'acte et dans toute discipline



2

Eléments de réglementation France

① L'information post-incident : les enjeux

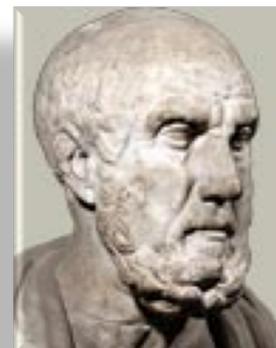
Les enjeux

- Apporter au patient l'information qui lui est due... dans les situations définies par **la loi**
- Limiter le **risque de judiciarisation** de l'événement
- Laisser à l'assureur sa capacité de jouer pleinement son rôle de gestionnaire du **contentieux**
- Rétablir la **relation de confiance** mise à mal par la survenue de l'incident ...

© L'information du patient, une exigence éthique

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une **information loyale, claire et appropriée** sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et **veille à leur compréhension** »

Article R.4127-35 du Code de déontologie



Information loyale, claire et appropriée

... Ayant affaire à un profane, travailleur manuel de surcroît, il incombait aux deux médecins radiologues de veiller à la compréhension de leurs informations par le patient, en employant le terme simple et intelligible de fracture, pour expliquer « la solution de continuité ».

Arrêt de la Cour de cassation, audience du 16 janvier 2013

Information préalable aux soins et consentement

Informé avant évite d'avoir à trop s'expliquer après...

*« L'information préalable porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leur conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent **ainsi que les autres solutions possibles** et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »*

Article L.1111-2 CSP

Qui est informé ?

PRINCIPE

↳ Le patient

Le médecin qui révèle à la patiente qui en fait la demande, le pronostic fatal de sa maladie, ne commet pas de faute susceptible d'engager la RC du CH, quand bien même le mari se serait opposé à cette information

TA Cergy Pontoise 11/10/2011

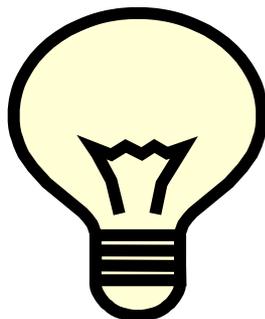
EXCEPTIONS

- Patient mineur
- Patient majeur incapable (sous tutelle)
- Patient hors d'état d'exprimer sa volonté

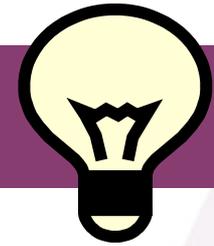
© L'information d'un dommage : une obligation légale

« *Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins... doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé... sur les circonstances et les causes de ce dommage (...)* »

Article L. 1142-4 CSP



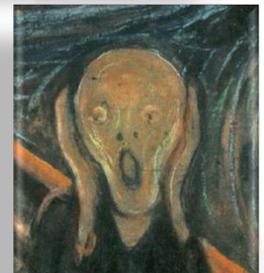
Les dérives



Un accident médical est toujours mal vécu par les équipes médicales et soignantes

Dans les réactions possibles :

- L'absence d'information ou la minimisation des faits qui conduisent à la suspicion du patient ou de la famille
- Trop d'explications qui conduisent à la confusion et l'incompréhension
- Le règlement de compte dans une équipe



Toutes ces « dérives » peuvent conduire à des réclamations ou à des jugements défavorables

La gestion des plaintes

Annonce du dommage associé
aux soins



Simple grief
(Besoin d'écoute et
d'explications)

**Une gestion
purement interne**

- Gestion informelle
au niveau du
service
- Traitement en CDU
(médiateur)

**Réclamation
indemnitare**
(Besoin de réparation)



**Une gestion conjointe
avec l'assureur RC**

- Traitement amiable par
l'assureur RC
- Règlement amiable via la
CCI
- Règlement judiciaire par
les tribunaux

Plainte pénale
(Besoin de sanction)



**Une défense personnelle
du professionnel en
cause avec l'assistance
de son assureur PJ**

**Action publique
(Procureur, Juge
d'Instruction, Tribunal
correctionnel)**



3

La communication suite à un incident : une approche par étape

La réponse immédiate à l'événement

Les premiers réflexes :

- **Stabiliser** l'état du patient, atténuer le préjudice et éviter d'autres dommages
- **Éliminer tout risque résiduel** (personnel incapable d'agir, matériel dangereux)
- Prendre des **mesures conservatoires** (appareils ou médicaments impliqués)
- Informer immédiatement **l'équipe médicale et soignante** pour assurer une communication cohérente

© La 2^{ème} victime : le personnel

Le personnel médical et soignant impliqué peut être touché par cet EIG qui survient de façon brutale et inattendue.

Ces personnes peuvent être en proie à une **souffrance psychique**, un **mal être physique** et présenter des troubles post-traumatiques invalidants. Une réaction normale face à une situation anormale.

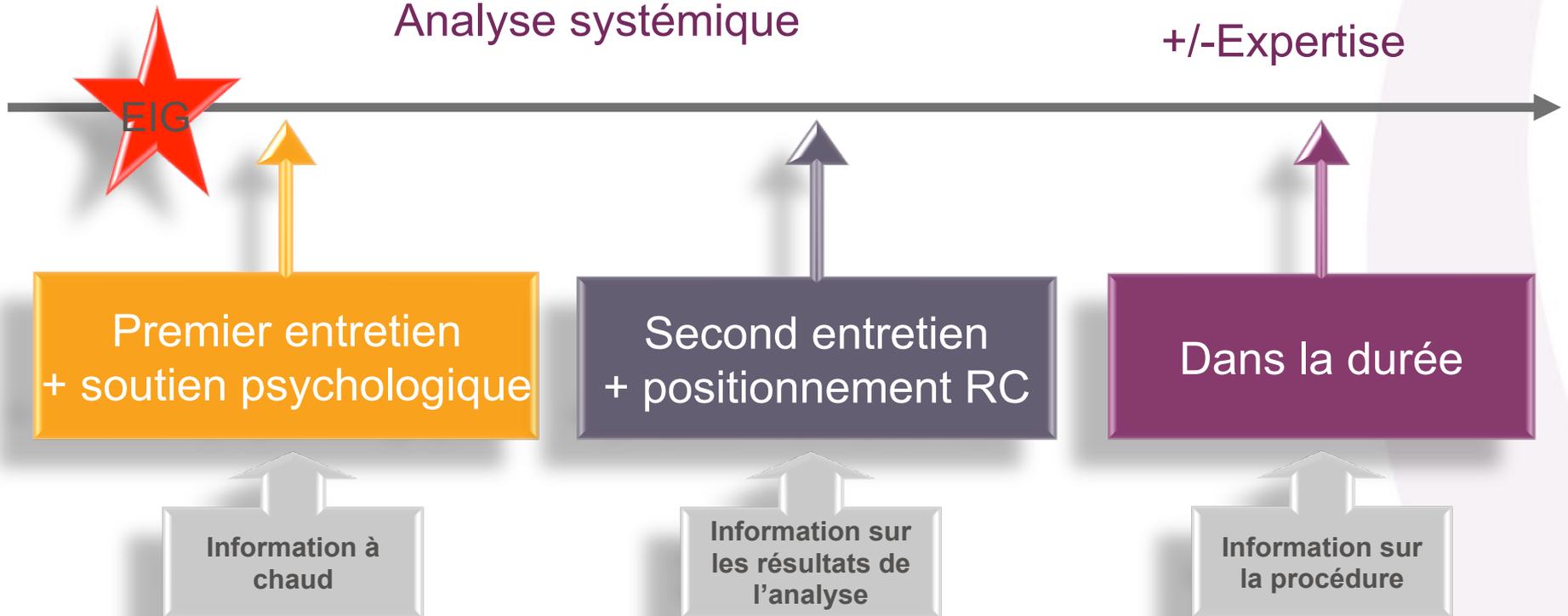


Il convient de prendre des dispositions pour obtenir un **soutien émotionnel approprié** pour toutes les personnes impliquées.

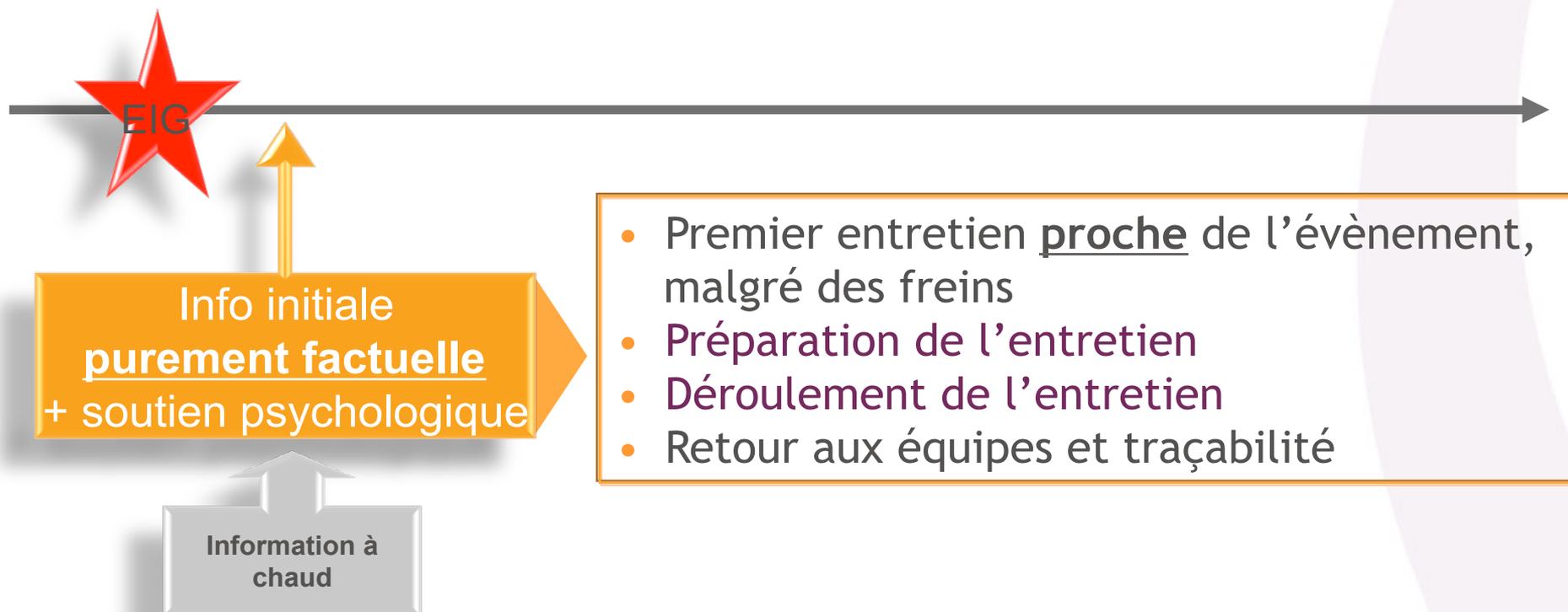
Une approche par étapes

Enquête interne
Analyse systémique

+/-Expertise



① Une approche par étapes : 1



○ Briefing

est une séance de partage d'information courte avant l'action permettant l'anticipation des situations à risques.

○ Le déroulement de l'entretien

préparé en amont, conçu à partir des informations et mises en situation
Grille d'observation reprenant les différents temps de la prise en charge

○ Le débriefing

partage des points de vue sur une situation passée, afin de mettre en avant les aspects positifs et les dysfonctionnements éventuels. Les professionnels partagent leur connaissance et savoir-faire et en tirent des enseignements.

Ne pas attendre pour communiquer

Quand?

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. »

(Art L 1142-4 CSP)

Le patient doit, de préférence, être informé dans les **24h** même si l'article L1142-4 CSP prévoit un délai de 15 j

(Guide annonce d'un dommage associé aux soins – HAS mars 2011)

Ne pas attendre pour communiquer



Attendre que le patient ou sa famille demande des explications ne fera qu'augmenter le niveau de stress chez toutes les personnes impliquées

Qui?

« ...par le professionnel, l'établissement de santé ... »

(Art L 1142-4 CSP)

... par le professionnel responsable de la prise en charge du patient

(Guide annonce d'un dommage associé aux soins – HAS mars 11)

Les participants les plus appropriés sont identifiés et conviés à participer à l'entretien (pas plus de 3 personnes)

Ne pas attendre pour communiquer

EXEMPLE : Décès de sa grand-mère à l'hôpital : peut-être des explications ce mercredi - Le Progrès 2/04/14

Le directeur du centre hospitalier a promis de recevoir la famille ce mercredi à 17 heures. Laéticia G, et sa mère veulent des réponses.

Paulette B, 84 ans, a été hospitalisée au Centre hospitalier le dimanche 16 mars au soir. Après avoir été admise aux urgences, elle a passé la nuit dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, puis a été admise dans le service gériatrie le lundi matin en raison de son état de fatigue. « Elle devait rester une petite semaine » précise sa petite fille L G.

« Mardi 18 mars à 6 h 21 l'hôpital a téléphoné pour dire que ma grand-mère était décédée ».

Depuis, personne n'a pu clairement expliquer les raisons de ce décès à la famille. « **On nous a donné successivement trois explications, toutes différentes** ».

Jusque-là, la direction n'avait pas souhaité rencontrer la famille de la défunte.

L G et sa mère ont donc fait, mardi, **le forcing auprès des services administratifs de l'hôpital**. Après avoir été reçues par la directrice des soins et de la qualité, les deux femmes ont finalement obtenu un rendez-vous ce mercredi à 17 heures avec le directeur général et le chef de service de gériatrie.

Préparation de l'entretien

- Une **parfaite connaissance des faits** montre que vous maîtrisez bien le dossier et que vous y accordez un intérêt
- Connaissance également **du contexte culturel** du patient
- **Staff interne préparatoire** (équipe pluriprofessionnelle ayant pris en charge le patient) : il est important que tous les professionnels fournissent au patient et à la famille la même information sur les faits, avec la même terminologie médicale
- Désigner si possible un **interlocuteur unique** qui doit avoir un rapport de confiance avec le patient ou la famille. A défaut, avoir une approche coordonnée

Les attentes des usagers

- Les patients ont besoin de **comprendre** ce qui s'est passé, de transparence, d'honnêteté
- Ils veulent **connaître les conséquences** et les risques éventuels ainsi que les mesures prises pour minimiser le préjudice
- Ils ont **besoin d'excuses et de regrets exprimés**, pour leur apaisement
- Ils veulent savoir ce qui sera fait dans **l'avenir** pour éviter que de tels événements ne se reproduisent

Réalisation de l'entretien

- Se présenter
- Décrire l'état du patient à cet instant ; donner des nouvelles
- Donner la parole au patient ou à ses proches sur ce qu'ils savent de la pathologie
- Replacer l'évènement dans le contexte de la maladie
- Reconnaître le dommage subi avec sincérité et empathie
- Indiquer les implications pour le devenir du patient ; expliquer ce qui est fait pour limiter les conséquences
- Ne pas hésiter à dire « je ne sais pas », en l'état actuel
- Donner l'information en toute transparence

Reconnaître l'erreur

« Cacher les choses est une certaine forme d'abord de malhonnêteté intellectuelle, malhonnêteté éthique et dont les conséquences peuvent être, in fine, en tout état de cause bien plus désastreuses.

[...] Peut-être que quand on est sincère, finalement on arrive à trouver les mots les meilleurs, où les moins mauvais possibles. »

Professeur Alain Fischer, Chef de service immuno-hématologie pédiatrique AP-HP

« Que reste-il de nos erreurs? » film de Nils Tavernier

Réalisation de l'entretien

La clôture de l'entretien :

- Ne pas fixer de limite de temps de rencontre
- Résumer ce qui a été dit lors de l'entretien (synthèse), vérifier la compréhension du patient
- Exposer les prochaines étapes à venir et les modalités de suivi de la relation
- Au besoin mettre le patient en lien avec les membres de la CRUQ
- Maintenir les voies de communication ouvertes

Documentation de la rencontre

Tracer dans le dossier :

- Date, heure, lieu de la rencontre
- Nom des participants
- Les faits présentés
- Les réactions des participants
- Les questions soulevées, les réponses apportées
- Les prochaines mesures convenues
- Le nom de la personne ressource du patient

○ Briefing

est une séance de partage d'information courte avant l'action permettant l'anticipation des situations à risques.

○ Le déroulement de l'entretien

préparé en amont, conçu à partir des formations et mises en situation
Grille d'observation reprenant les différents temps de la prise en charge

○ Le débriefing

partage des points de vue sur une situation passée, afin de mettre en avant les aspects positifs et les dysfonctionnements éventuels. Les professionnels partagent leur connaissance et savoir-faire et en tirent des enseignements.

Évaluation

- Les objectifs ont-ils été atteints? (information, allègement de l'anxiété, maintien de la relation de confiance...)
- Quels facteurs ont favorisé ou empêché la réalisation des objectifs?
- Ai-je permis à mon interlocuteur de s'exprimer librement?
- Ai-je réellement écouté avec attention ou étais-je occupé à préparer une réponse toute prête?
- Le patient manifestait-il de la crainte ou de l'hésitation à s'exprimer? Qu'ai-je fait pour l'aider?
- ...

En fin d'entretien

Faut-il proposer un changement d'équipe ?

Une perte de confiance a pu s'instaurer entre le patient et le soignant, voire l'équipe médico-soignante

« J'ai besoin de prendre de la distance »

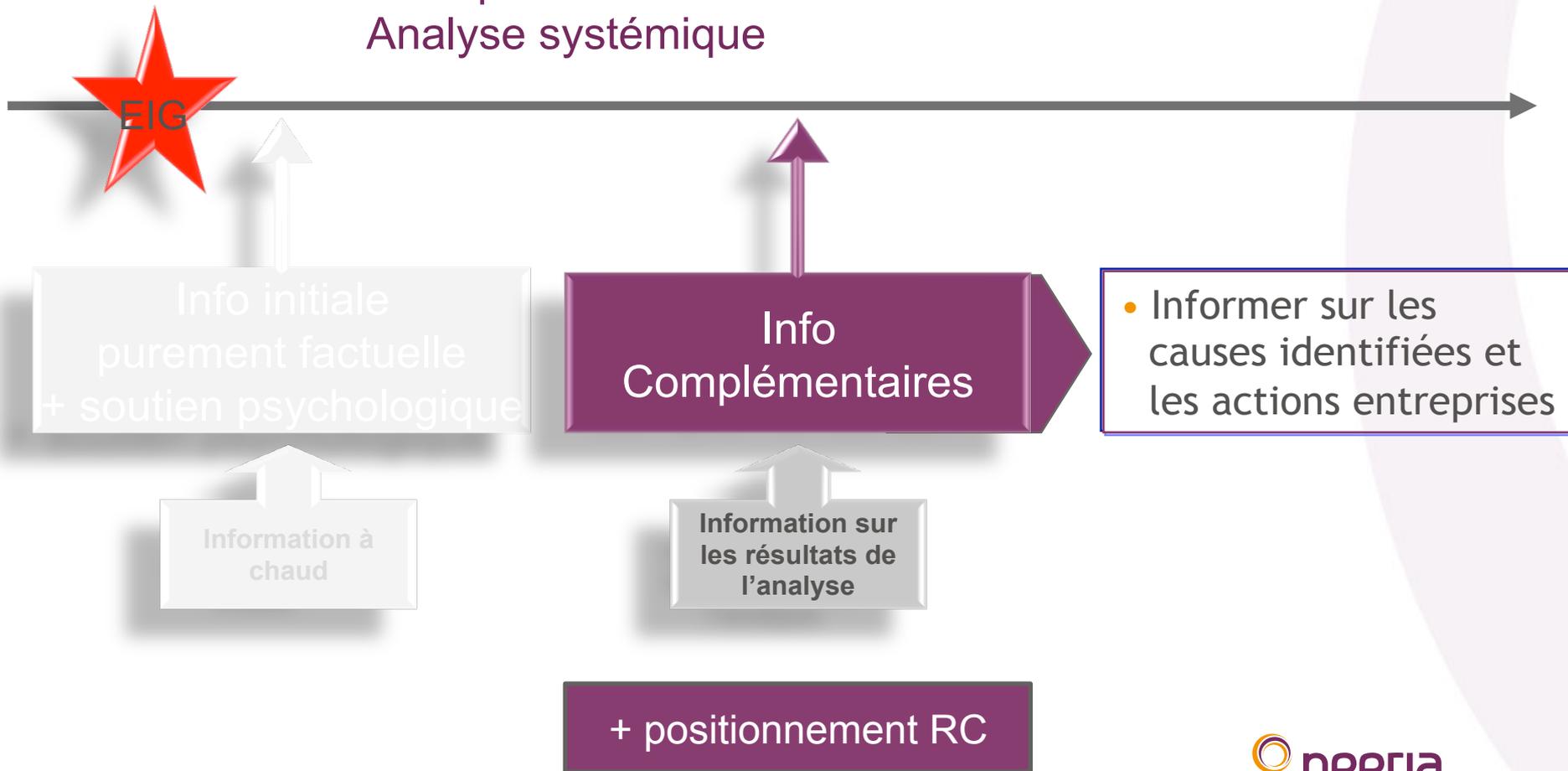
Maman de Raphaël, Que reste-il de nos erreurs? Film de Niels Tavernier

« Moi, j'avais besoin de prendre de la distance parce que j'avais honte et je n'osais pas voir ces parents-là [...] le lendemain [...] je ne pouvais plus- et eux non plus. »

Elise, IDE

② Une approche par étapes : 2

Enquête interne Analyse systémique



© Une approche par étapes : 3



« Il me fallait en parler jusqu'à ce que j'ai acquis la conviction que je n'apprendrai rien de plus, qu'on me cachait rien quant aux circonstances de sa mort »

Mère de Capucine, « Que reste-il de nos erreurs »
Film de Nils Tavernier





4

Les règles d'or

○ L'information initiale : les règles d'or

- Désigner si possible un **interlocuteur unique** qui doit avoir un rapport de confiance avec le patient ou la famille. A défaut, avoir une approche coordonnée
- **Préparer l'entretien** (consulter le dossier patient, interroger les équipes...)
- **Ne pas se précipiter** en donnant des informations hâtives et confuses
- S'assurer de la **disposition du patient** et de ses proches à participer à l'entretien
- Proposer au patient ou à la famille de un **accompagnement** lors des entretiens
- Recevoir le patient ou la famille dans un **endroit calme**, isolé en respectant la confidentialité (bureau du médecin)
- **Faire un point sur l'état du patient** ; dire les répercussions de l'incident et quelles mesures ont été prises pour diminuer la gravité
- S'informer du **niveau de connaissance du patient** sur l'évènement
- **Rester factuel**, en évitant les hypothèses et suppositions

Les règles d'or

- Savoir **écouter** ce qui permet d'adopter une approche adaptée
- Rester professionnel tout en employant un **vocabulaire simple** (éviter le jargon médical, des termes techniques)
- **Ne blâmer personne** (l'heure n'est pas au règlement de comptes)
- Ne pas fuir l'explication, **laisser le patient ou la famille s'exprimer**. Encourager les questions
- Sauf évidence, **éviter** d'employer les termes « erreur », « responsable », ou « faute »
- Etre attentif à la **communication non verbale**, de part et d'autre
- Faire preuve d'**empathie** et de **regret**
- **Savoir clore le premier entretien**, en précisant bien qu'il sera suivi d'informations complémentaires
- Terminer l'entretien en rappelant les modalités du **suivi médical**
- Au-delà du suivi clinique, proposer un **soutien psychologique**
- Proposer une saisine de la **CDU**
- **Impliquer au plus tôt le médecin traitant** avec l'accord du patient ou de la famille

Les pièges à éviter

- Initier l'entretien avec le patient sans avoir pris connaissance de tous les faits
- Gérer l'information seul (GDR, médiateur, équipe)
- Réaliser l'entretien dans un couloir ou une salle d'attente, sans confidentialité, à la « va vite »
- Avoir une attitude dominante, voire méprisante vis-à-vis du patient ou de ses proches (ne pas se mettre à la portée de la compréhension et de l'émotion de l'interlocuteur)
- Ne pas s'en tenir aux faits
- Dire au patient qu'il sera très vite indemnisé !

Formalisation d'une conduite à tenir en cas de survenue d'un incident pour un patient :

- Quels doivent être les premiers réflexes ?
- Qui peut être concerné ?
- Qui doit alerter qui ?
- Comment le faire ?
- A quel moment le faire ?
- Qui communique avec le patient ?
- Où le faire
- Que faut-il tracer ?

Que doit prévoir le protocole interne ?

- Savoir qui prévenir immédiatement (en interne, la famille)
- Réunir l'équipe et définir les règles de communication internes (coordination)
- Préparation de la rencontre
- Préparation de la restitution
- Organisation du soutien psychologique (pour le patient, ses proches et pour l'équipe)
- Analyse systémique et retour d'expérience
- Modalités de traçabilité et d'élaboration d'un rapport



MERCI

© Références documentaires



- « Annoncer une mauvaise nouvelle » - HAS février 2008.
- « Événement indésirable grave, parlons-en » Guide pratique APHP – septembre 2008.
- « When things go wrong – Responding to adverse events » A consensus statement of the Harvard Hospitals – Boston : Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, march 2006. www.ihi.org
- « Lorsque les choses tournent mal » Fondation pour la sécurité des patients (traduction Suisse) – janvier 2009.
- « Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 » – DREES –2010.
- « La communication avec le patient lors d'un préjudice » – L'Association Canadienne de Protection Médicale – 2008.
- « Sorry Works!: Disclosure, Apology, and Relationships Prevent Medical Malpractice Claims » - AuthorHouse - décembre 2007 <http://www.sorryworks.net>
- « Le langage universel du corps » Philippe Turchet – Les éditions de l'Homme 08/2009. <http://www.synergologie.org>
- « Guide pratique de la communication avec le patient » Constantino landolo – Editions Masson 2006.
- « Annonce d'un dommage associé aux soins » – Guide destiné aux professionnels de santé – HAS (2011).