

L'annonce d'un événement indésirable grave (EIG)


CIPIQ-S 3-4 octobre 2011

Dr Marie-Laure Pibarot
Direction de la Politique Médicale
Département Qualité, Sécurité des Soins





Assistance Publique Hôpitaux de Paris

- **CHU de l'Île de France**
 - **39 hôpitaux regroupés en 12 groupes hospitaliers**
 - **Gestion opérationnelle des risques décentralisée**
 - **Direction des affaires juridiques centralisée**
 - **Auto-assurée**
- 

Le constat à l'AP-HP (1) : les EIG *

- Situations exceptionnelles, non anticipées, brutales, vécues par les équipes comme un cataclysme
- Retard, maladresse dans la communication
- Difficultés de mener des analyses approfondies pour construire la prévention

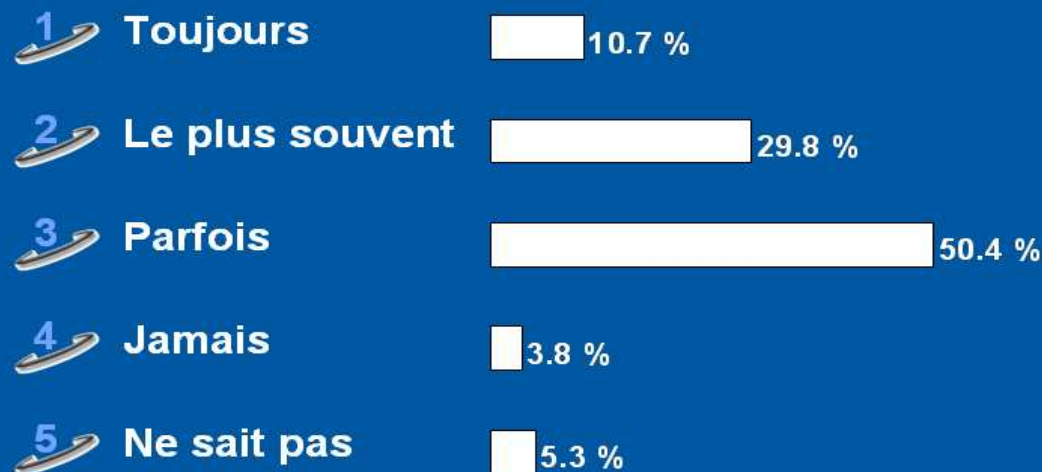
Situation tragique à la fois pour le patient, ses proches et pour les équipes (« 2^{ème} victime »)

* *décès, incapacité très grave*

Le constat (2)

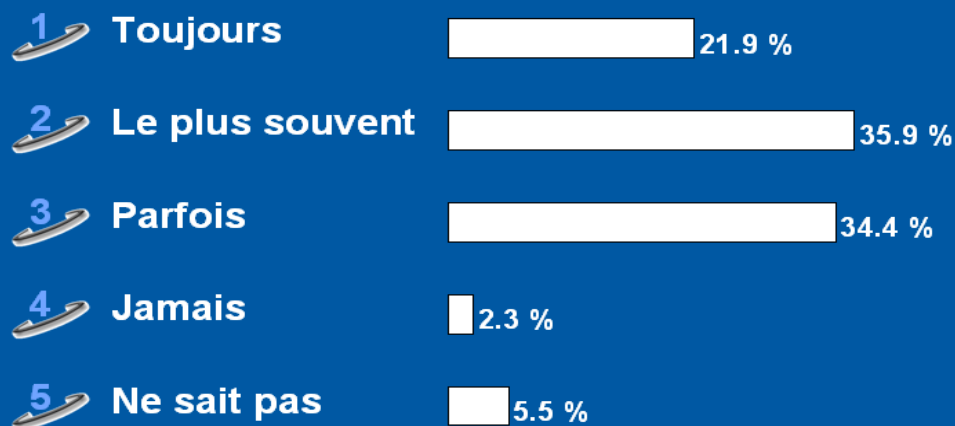
Colloque AP-HP 2006 Revue de morbi-mortalité (180 professionnels de santé)

Dans votre expérience, en cas d'événement indésirable, le patient est-il informé ?

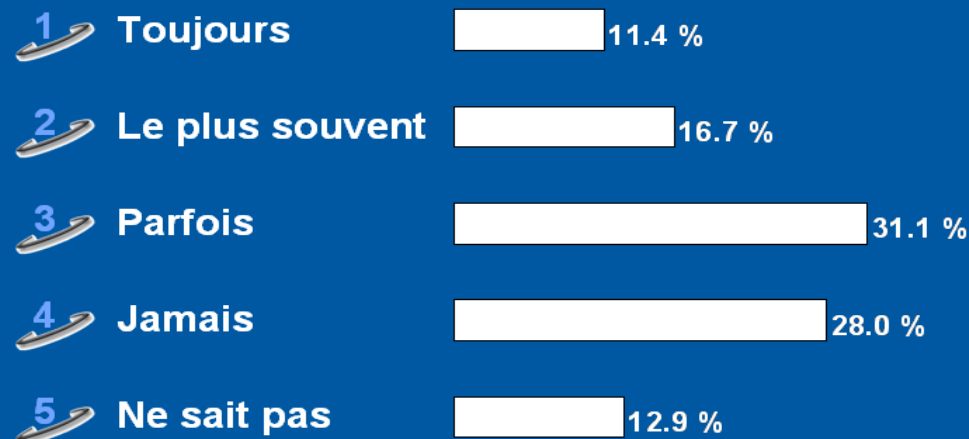


ML Pibarot - DPM

Selon vous, en cas d'événement indésirable grave, il est habituel d'en parler dans les services ?



Dans votre expérience, en cas d'événement indésirable très grave (décès), y a-t-il un accompagnement des équipes ?



Travail mené en lien avec la direction des affaires juridiques et des droits du patient et les hôpitaux*

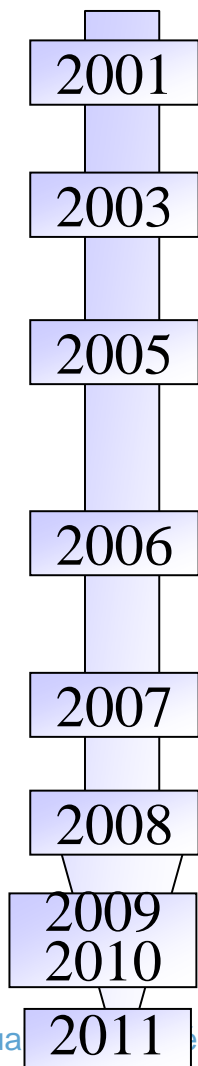


Engagement institutionnel

**Guide pratique à l'usage
des professionnels**

2008 – 2009 Analyse bibliographique, groupes focus, évaluation

Une prise de conscience et une mobilisation récente



- **JCAHO**
 - Policy ?
- **Australian Council for safety and quality**
 - Open disclosure standards
- **National Patient Safety Agency (NHS)**
 - Being open : communicating patient safety incidents with patient and their carer
- **Groupe Harvard hospitals**
 - When things go wrong : responding to adverse event
- **National quality Forum**
 - Safe practices
- **Canada**
 - Divulgation
- **Nlle Zélande**
- **France**
 - Guide AP-HP
 - Certification V2010 : Critère 11c
 - Guide HAS

Open disclosure, divulgation, annonce d'un dommage associé aux soins

- ▮ **Processus de communication avec le patient, en cas d'événement indésirable lié aux soins et non à la maladie (avec ou sans erreur)**

Unanticipated outcome

Ce que veulent les malades

- **A l'unanimité : Etre informé rapidement et systématiquement, surtout si c'est grave***
- **Honnêteté, empathie et regrets, excuses, en cas d'erreur**
- **Une prise en charge financière des complications, éventuellement, une indemnisation**
- **Plus rarement, une sanction ... sauf si on leur a dissimulé l'événement et l'erreur**

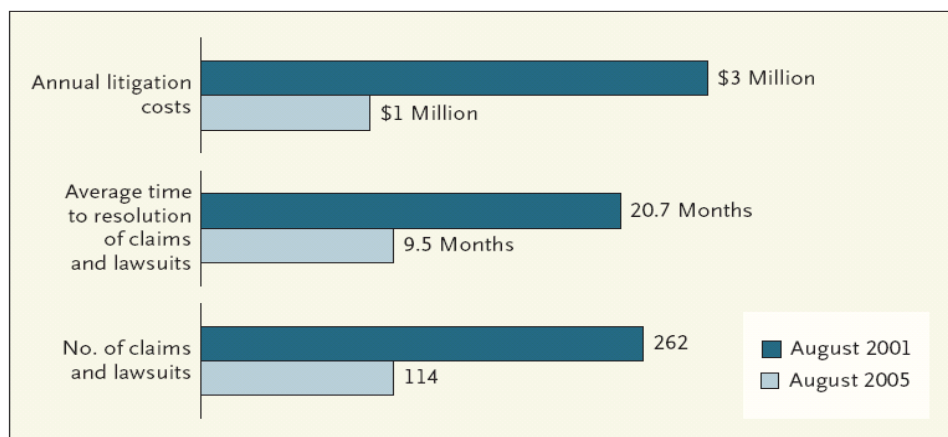
Amy B. Witman, 1996, T Gallagher, 2009, Hobgood, 2005

Population de personnes ayant subi des EIG, ou travail avec des parents, à partir de scénarii

+/- graves en termes de conséquences

Politique open disclosure, patient safety & litiges

■ Crainte des litiges (données nord américaines)



Results of Medical Error Disclosure Program at the University of Michigan Health System

*Hillary R. Clinton
NEJM, 2006*



Nombre de nles réclamations pour compensation : 7,03/100 000 rencontres patients → 4,52 / 100 000

% mensuel moyen de poursuites judiciaires : 2,13/ 100 000 rencontres patients → 0,75 / 100 000

Diminution du coût moyen pour l'ensemble des plaintes et réclamations

*Allen Kachalia,
Annals of Internal Medicine, 2010*

University of Michigan Health System :

Programme Sécurité des patients / « full disclosure » des erreurs avec offre de compensation

Débuté en 2001, déployé en 2003, étude rétrospective avant / après

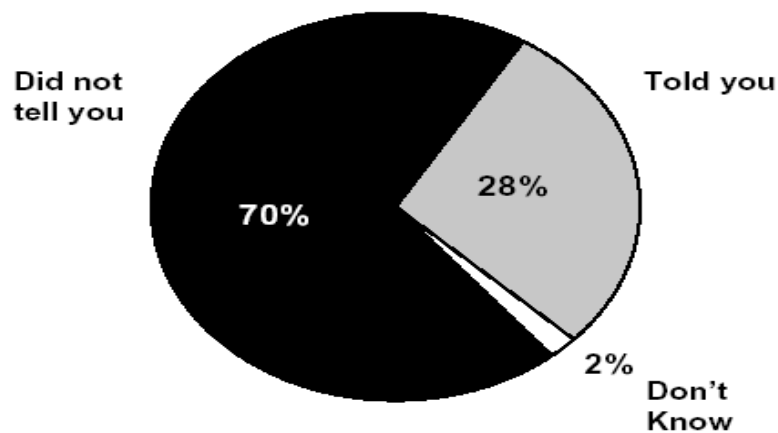
Ce que veulent les malades

- **Information nécessaire aux décisions qui les concernent**
- **Marque de respect, indispensable à une *relation de confiance***
- **Etape essentielle dans le processus de cicatrisation / guérison**

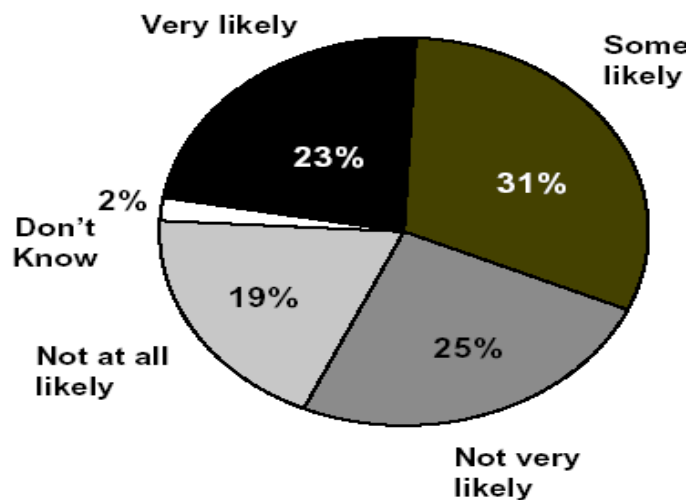
Ce qui se passe en pratique

Reporting of Medical Errors

Among the 34% of people who have experienced medical errors: Did the doctor or the health professionals involved tell you that a medical error had been made?



Among total public: If a preventable medical error that resulted in serious harm were made in your care, how likely do you think the doctor would be to tell you?



Ce que pensent les médecins et ce qu'ils font

■ Accord de principe, mais une réalité qu'ils reconnaissent différente

- Réanimateurs* : 50 - 70% pensent qu'ils devraient informer, mais seulement 16 à 32% informent

** D Boyle, Crit Care Med, 2006 ,*

Ce que font les médecins

- **Plus l'erreur est grave ET évidente, plus elle est dite**
 - 81% vs 51% ($p < 0,001$)
- **Ce qui est dit :**
 - L'événement mais peu sur erreur
 - Information sur la prévention (46%)
- **Variations selon :**
 - Médecins > chirurgiens
 - Ambiance « médico-judiciaire » : Médecins canadiens > médecins américains

*** T Gallagher , arc Int Med, 2006 : enquête postale, 2573 médecins USA et Canada, 4 scénarios différents, questions sur leur attitude, 62% de réponses*

Les freins, les incertitudes

- Crainte des litiges
- Crainte d'une sanction
- Crainte d'atteinte à la réputation
- C'est difficile et ce n'est pas inné
 - « Communication skills** »
- Regrets / excuses
 - équivaut à la reconnaissance d'une faute
- Quelle information délivrer ?

T Gallagher & coll , Arch Int Med, 2006

*** Buckam BMJ, 2002*

Quelle information délivrer ?

- **Vous admettez un patient diabétique pour BPCO. Vous lui prescrivez sa dose d'insuline : 10U. Votre prescription est manuscrite et le U est comme un 0. le lendemain matin, le patient reçoit 100u d'insuline (10 fois la dose). Qq heures après, le patient est inconscient, sa glycémie est à à 0,35 mg/dL. Il lui est administré du glucosé hypertonique, le patient est transféré en réanimation. Il n'a pas, a priori, de séquelles.**
- **Vous passez le voir le lendemain matin, qu'est-ce que vous lui dites ?**

T Gallagher, 2006

Quelle information délivrer ?

1. Que lui dites-vous sur ce qui est arrivé ?

A - Vous avez fait une hypoglycémie, mais vous allez mieux

B – Vous avez fait une hypoglycémie, parce que vous avez reçu trop d'insuline

C– Vous avez fait une hypoglycémie, parce qu'il y a eu une erreur et que vous avez reçu trop d'insuline

2 Quel niveau de détail donnez-vous quant à la survenue de l'erreur ?

A – Rien, sauf si le patient le demande

B – Vous avez reçu plus d'insuline que la quantité dont vous aviez besoin

C– Vous avez reçu 100U d'insuline, au lieu de 10U

3 - Qu'est-ce que vous dites concernant la cause de l'erreur ?

A – Rien, sauf si le patient le demande

B – il y a eu un pb de communications sur la prescription

C– Mon écriture peut être difficile à lire. Le10U a été lu comme 100U. Vous avez donc reçu 100U au lieu de 10U. Cela n'a pas été noté par le pharmacien, ni l'infirmière.

Quelle information délivrer ?

- 56% disent l'EI mais pas l'erreur (partial disclosure)
- 42% disent l'EI et l'erreur et le lien entre erreur & conséquences (full disclosure)
- 2% ne disent rien (no disclosure)

Quelle information délivrer ?

Standard : « full disclosure »

- *Reconnaissance de l'erreur*
- *Discussion sur l'erreur*
- *Lien entre erreur et ses conséquences*

Full disclosure*	27%
Partial disclosure :	52%
No disclosure :	22%

3 situations**

1. « *Don't ask, don't tell* » = *inacceptable*
2. « *What you don't know, won't hurt you* » = *discussion collégiale*
3. *Situations d'incertitude*
 - *ce qui est arrivé*
 - *Le pronostic*
 - *L'existence d'une erreur et son rôle dans la survenue de la complication*

Les différences de perception : « error disclosure »

	PATIENTS	MEDECINS
■ Définition erreur	large /standard, qualité...	étroite /standard
■ Quelles erreurs ?	toutes	impact important exceptions ++
■ Near miss ?	partagé	non
■ Quelle information ?	tout dire	choix attentif des mots
■ Comment ?	honnêteté empathie	honnêteté objectivité, professionnel
■ Excuses ?	souhaité	engagement responsabilité ?
■ Impact émotionnel ?	bouleversé en colère, anxieux	culpabilisé / impact patient inquiet / poursuites & carrière

Constat

- **Un écart important entre les attentes des patients et la réponse des médecins**

peu d'information sur les autres professionnels de santé

Comment progresser ?

Donner l'opportunité d'en discuter dans des termes simples

- *Est-ce que vous auriez voulu le savoir ?*
- *Est-ce que vous souhaiteriez que le patient l'apprenne par vous ou par quelqu'un d'autre ?*
- *Est-ce qu'un patient serait déçu de ne pas en avoir entendu parler par vous ou par l'hôpital ?*

Dennis Boyle, Crit Care Med, 2006

Comment progresser : diffuser les bonnes pratiques

- **Équipes cliniques**
- **Gouvernance des hôpitaux**





Les bonnes pratiques : l'engagement des équipes

PRINCIPES

- 1 - Information rapide mais limitée, même pour dire « je ne sais pas » - **PREPARER L'ANNONCE** (ce que l'on sait / ce que le patient sait) +++
- 2 - Ecoute et empathie
- 3 - Information, processus dynamique
- 4 - Engagement pour éviter qu'un tel événement ne se reproduise

■ Qui ?

*Médecin senior , de préférence 2,<3
lien avec équipe infirmière
Ne pas laisser un Interne seul*

■ Où ?

*Lieu calme, neutre, chaleureux,
sans portable, ni bip*



Les bonnes pratiques : l'engagement des équipes

CONTENU COMMUNICATION (« l'annonce »)

- - Se présenter
- - Donner la parole au patient
- - Expliquer clairement les faits (dossier)
- - Préciser les conséquences et ce qui est prévu +++
- - Exprimer ses regrets pour les conséquences de l'événement
- - Dire ce qui va être fait pour pas que cela ne se reproduise
- - Susciter des questions, s'assurer de la compréhension
- - Proposer S/B un 2ème avis
- - Proposer un autre rv et donner les coordonnées (suivi annonce)

Quelques « recettes » pour échouer

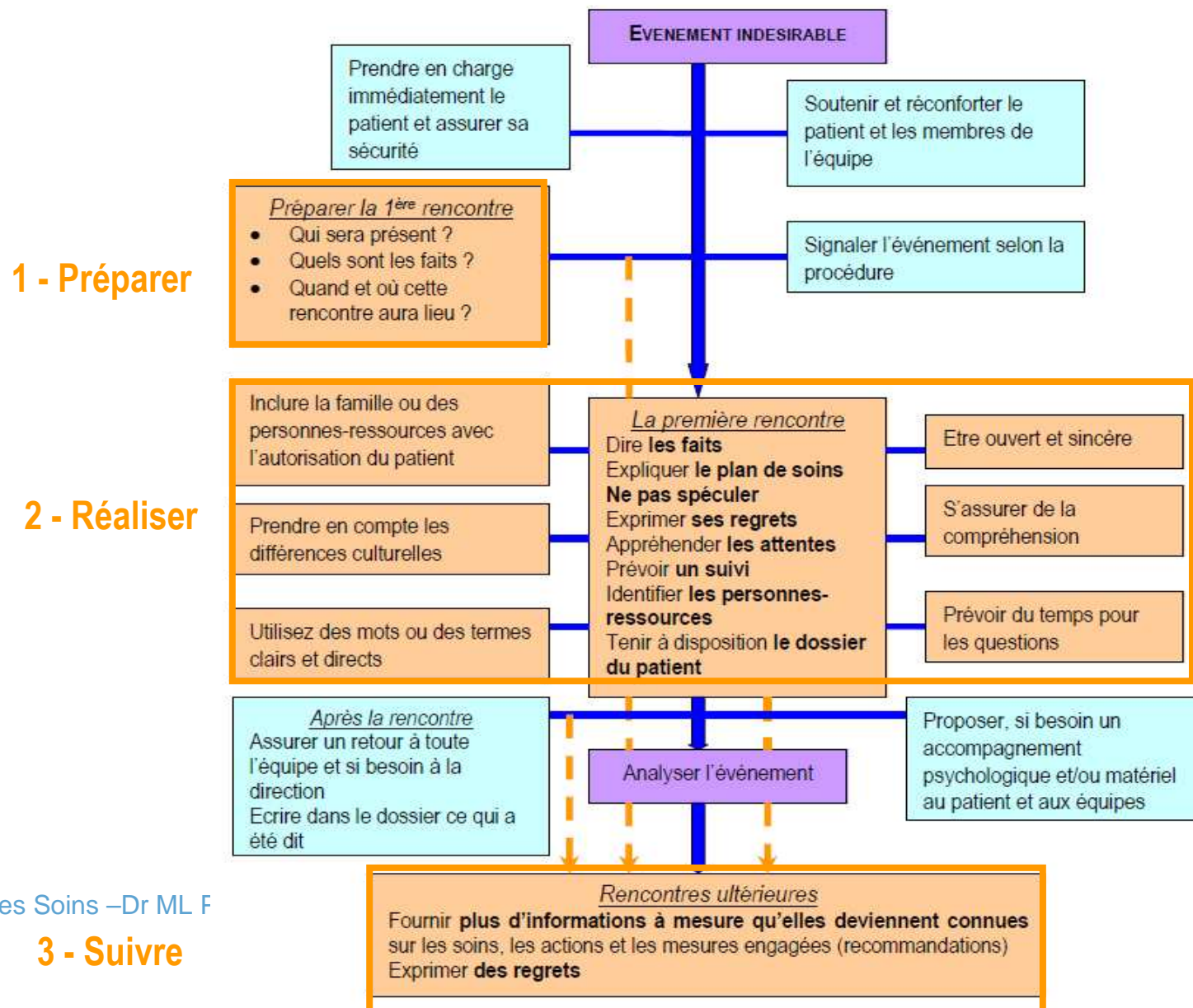
- **Utiliser le jargon médical**
- **Etre arrogant**
- **Parler tout le temps**
- **Spéculer sur les faits**
- **Fournir des informations contradictoires**
- **Blâmer une personne**
- **Culpabiliser le patient**

Les bonnes pratiques : l'engagement de l'hôpital

- **Promeut une politique de transparence intégrée à la politique de gestion systémique des risques**

La communication, un processus dynamique

indissociable et intriqué à la gestion et l'analyse systémique de l'événement



Les bonnes pratiques : l'engagement de l'hôpital

■ Accompagnement et soutien des patients et de leurs proches

- Suivi de l'annonce
- Aide pratique, psychologique ...
- Facturation
- Processus indemnitaire, si cela est approprié

CRU
médiateurs
DAJ

■ Accompagnement et soutien des équipes

- Processus d'information des patients (suivi)
- Processus d'analyse de l'événement
- Soutien (2^{ème} victime)
- Accompagnement juridique, si plainte contentieuse
- Information / Formation

CRU
médiateurs
DAJ

Gestionnaire
de risques

Information / diffusion

- **Diffusion du Guide « événement indésirable, parlons-en » dans les hôpitaux**
 - Via les directions qualité , chargés de relation avec les usagers
 - Evaluation à 6 mois
 - 7000 exemplaires diffusés
 - Encadrement médico-soignant
 - Discussion dans les commissions qualité, sécurité et chargées de relation avec les usagers (CRUQPC)
- **Information / Formation**
 - Colloque
 - Formations en amphi
 - Petit groupe avec Jeux de rôle
- **Autres documents**
 - Mémo EIG pour les chefs de service / chefs de pôle (2011)

Conclusion (1)

- Information des patients en cas d'EIG
 - Incontournable / demandes patients
 - Meilleure compréhension du « gap » avec réalité
- Bonnes pratiques des équipes médico-soignantes
 - Dimension humaine +++
 - Cela s'apprend et cela se prépare
 - Rôle des paramédicaux est à valoriser
- **Bonnes pratiques des ES**
 - Communication partie intégrante de la politique de gestion des risques
 - Des progrès sont nécessaires sur l'accompagnement des patients mais aussi des équipes (Gestion impact émotionnel)

Conclusion (2)

- Information / communication du patient est un processus continu
 - Information a priori sur les risques
 - Accompagnement lors des « situations à risque »
 - Bonnes pratiques, en cas d'EIG
- Incertitudes persistent
 - Impact réel des BP / satisfaction des patients*
 - Coût réel, à long terme, de tels pratiques (volume / coût)

Rick Ledema, BMJ 2011

Références

1. Australian council for safety and quality in health care: Open disclosure standard: a national standard for open communication with patients and families in hospitals, February 2003. www.aqshc.org.au

2. Being open with patients www.npsa.nhs.uk

3. When things go wrong: a consensus statement of the Harvard Medical School. Boston: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, 2000.

4. Groupe d'experts sur les événements indésirables en soins de santé. Canadian patient safety report. www.patient-safety.ca

5. Lienhart A. Conduite à tenir en cas de complication anesthésique pouvant avoir des conséquences graves. 2001;

W. Disclosing medical errors. N Engl J Med

2000; 343: 1401-1404

6. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

7. La Haute-Normandie, la région médicale de l'AP-HP,

« Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer des mauvaises nouvelles mais il y en a qui sont moins dévastatrices que d'autres. »

*If you do wrong, they will never forgive us
If you do well, they will never forget us.*