ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
NECKER-ENFANTS MALADES

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS DESCARTES

Annonce d'une complication aux parents

Pr. Gilles Orliaguet
Dr. Thomas Baugnon
Et le GCSP

Communication & Simulation en Pédiatrie



Necker

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
MEMBRE DE USPC Université Sorbonne Paris Cité

Complication

- Evénement indésirable associé aux soins (EIAS)
- Tout incident préjudiciable à un patient survenu lors d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement *(Décret 2010-1408 du 12/11/2010)*
- Plusieurs types *(ANAES 2003)*
  - Événement sentinelle, précurseur, presque accident
  - Dysfonctionnement, incident, accident
- Peut résulter d'une erreur médicale ou d'un aléa

GRAVITÉ	GRAVITÉ 1	GRAVITÉ 2	GRAVITÉ 3	GRAVITÉ 4	GRAVITÉ 5
PATIENT (EIAS, Médicament)	Conséquences mineures sans impact sur la prise en charge et/ou la santé du patient	conséquences modérées nécessitant une surveillance (ex : modification du traitement, examens complémentaires)	Conséquences significatives avec hospitalisation ou sa prolongation anormale, surveillance renforcée, modification significative du traitement	Conséquences graves, pronostic vital engagé nécessitant un transfert non prévu en réanimation, passage ou reprise au bloc, risque de séquelles	Décès, conséquences très graves (séquelles graves irréversibles)

Enquête nationale sur l'ensemble des EIAS graves (ENEIS 2010)

Densité d'incidence des EIG (pour 1000 jours d'hospitalisation)

	Total EIG		
	Effectif	‰	IC 95%
Médecine	80	4,7	[3,3 ; 6,2]
Chirurgie	134	9,2	[7,5 ; 10,8]
Total	214	6,2	[5,1 ; 7,3]

- 1 EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits
- 2/3 des cas => pronostic vital ou incapacité
- 47.3% sont évitables

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Malpractice Risk According to Physician Specialty

Anupam B. Jena, M.D., Ph.D., Seth Seabury, Ph.D., Darius Lakdawalla, Ph.D., and Amitabh Chandra, Ph.D.

N Engl J Med 2011;365:629-36.

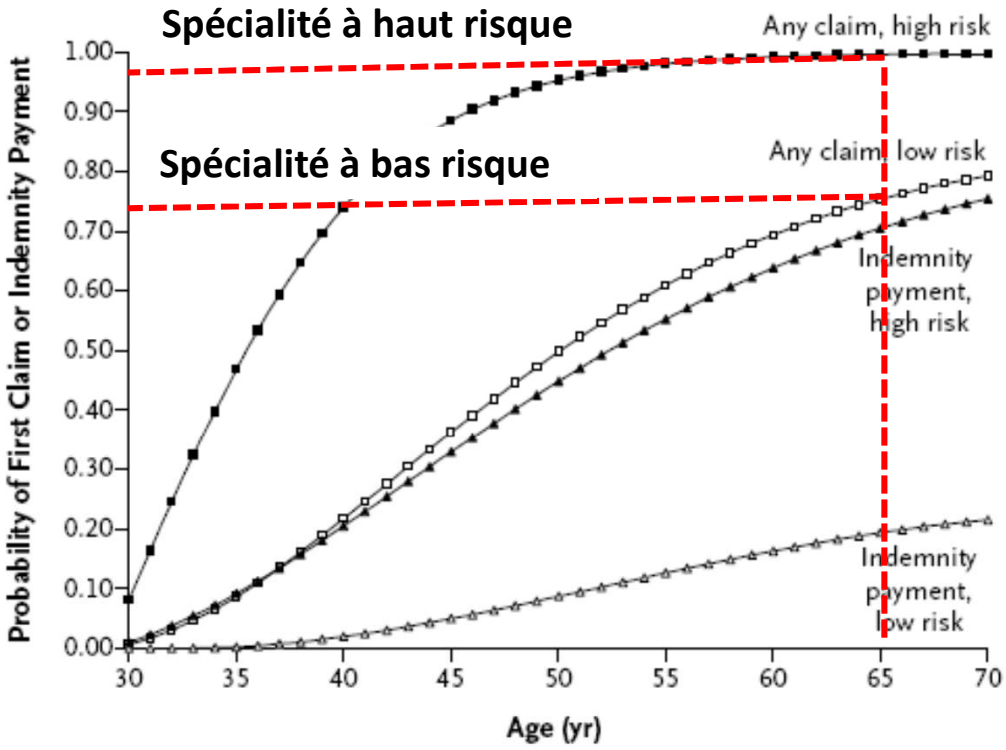


Figure 4. Cumulative Career Probability of Facing a Malpractice Claim or Indemnity Payment, According to Risk of Specialty and Age of Physician.

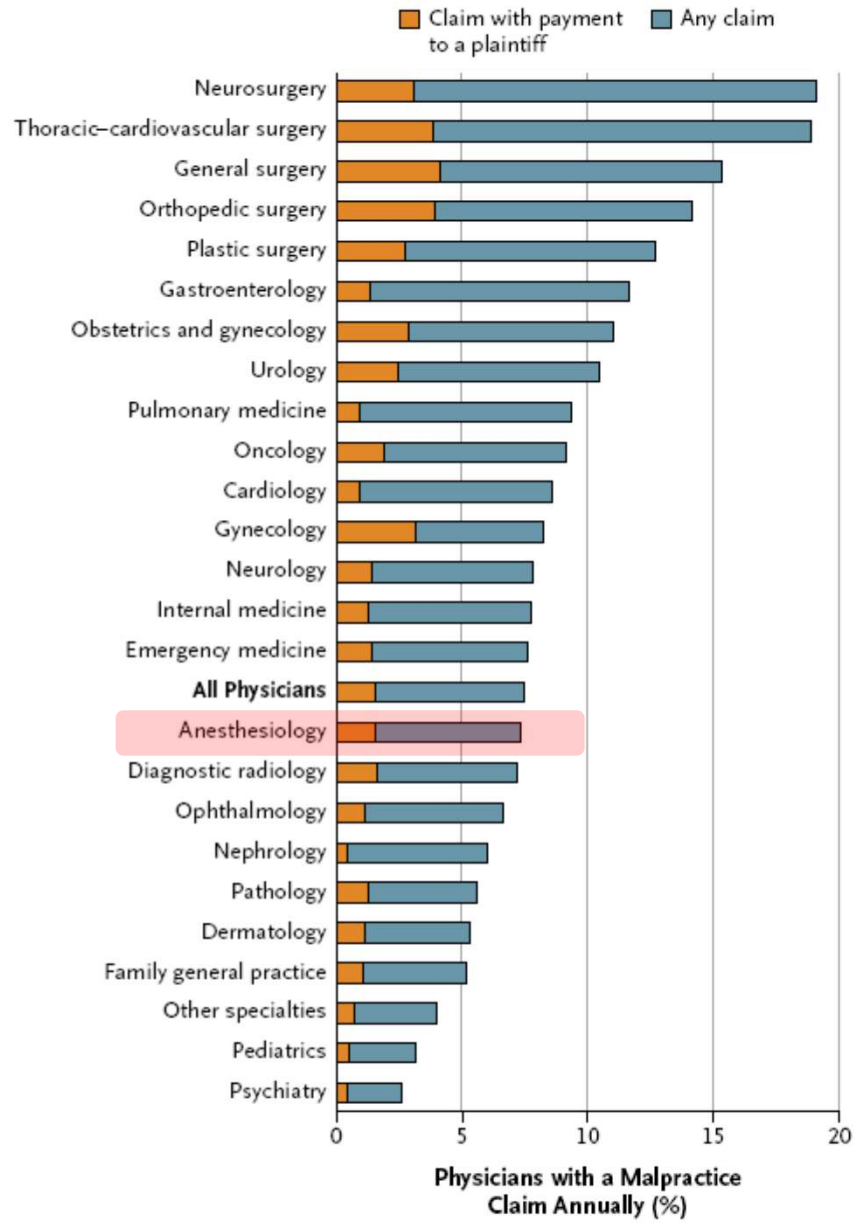
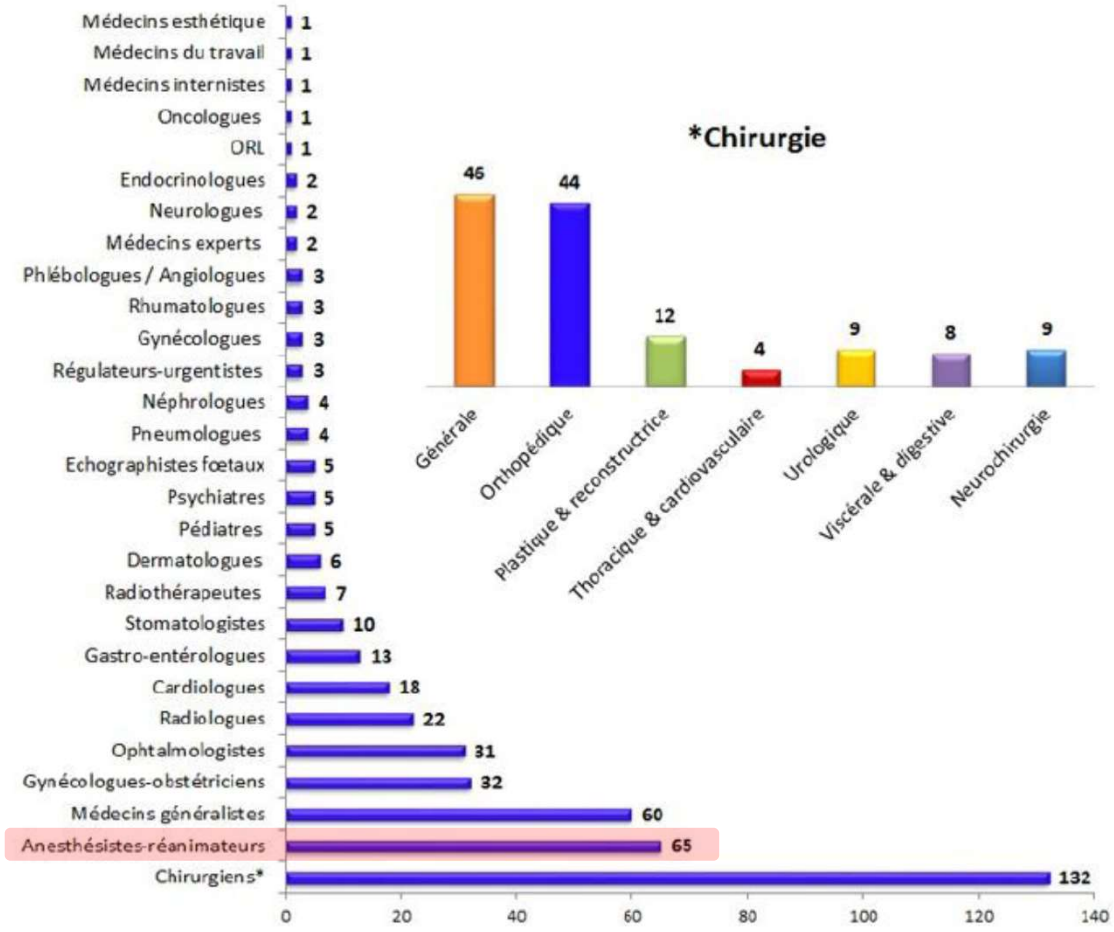


Figure 1. Proportion of Physicians Facing a Malpractice Claim Annually, According to Specialty.

Rapport du Sou Médical (2015)

Evolution du nombre de mis en cause et taux de condamnation des médecins

Parmi Les spécialités les plus mises en cause restent la chirurgie, l'anesthésie et la médecine générale.



Cadre réglementaire de l'annonce

- L'**annonce d'un dommage associé aux soins** est un **devoir moral, éthique** et une **obligation légale**
- L'**information** doit être **claire, loyale, appropriée**

- Article L.1142-4 du CSP :
  - « ***Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage*** imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, ***doit être informée*** … ***sur les circonstances et les causes de ce dommage***.
  - Cette information lui est délivrée ***au plus tard dans les 15 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 »

Cadre réglementaire en France

- **Obligation de déclaration des EIG à l'Agence Régionale de Santé**

(Loi du 4/03/2002; Article L 1403-14 du CSP; ordonnance du 23 février 2010)

- **Responsabilité des Commissions Médicales d'tablissement dans la lutte contre les EIAS**

(Décrets 2010-439 du 30/04/2010 et 2010-1325 du 05/11/2010; Décret 2010-1408 du 12/11/2010; circulaire d'application du 18/11/2011)

Annonce d'un EI associé aux soins

- Très encadré réglementairement
- **Pourtant**, l'information des patients suite à un EIAS n'est pas satisfaisante
- **Cf.** résultats de la certification V2010 !

  "L'information du patient en cas de dommage lié aux soins" (critère 11c. du manuel) est un des items qui suscite le plus de décisions de réserve



« Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres »

HAS. 2008

Pourquoi l'annonce est-elle difficile ?

- **La relation *soignant-patient* est complexe**

  Partenariat bâti sur un "contrat de soins"

  - Une confiance mutuelle
  - Une règle éthique « *Primum non nocere* »

- **La communication se complique le plus souvent lorsque le dommage est consécutif à une erreur**
- **La peur de la judiciarisation est un frein**

Gestion d'une complication d'anesthésie

1. Assurer en priorité les soins au patient
2. Préparer l'entretien d'annonce
3. Annoncer/Informer *(le patient)* les parents
4. Assurer un suivi après l'annonce
5. Maintenir confiance et dialogue avec la famille
6. Soutenir les personnels impliqués

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Comment annoncer un dommage associé aux soins ?

Les 3 temps de l'annonce

1 **Préparer** le rendez-vous d'annonce

- Quels sont les faits dont on est sûr ?
- Qui assistera au RDV ?
- Quand et où se tiendra le RDV ?
- Quels sont les besoins prévisibles du patient ?

2 **Réaliser** l'annonce

- Reconnaître le dommage
- Communiquer sur des faits connus et sûrs
- Exprimer des regrets voire des excuses
- Décider du plan de soins en concertation avec le patient
- Répondre aux besoins du patient
- Proposer un référent
- Tracer l'annonce dans le dossier médical
- Débriefer en équipe ou participer à des démarches collectives d'analyse des pratiques

3 **Suivre** l'annonce

- Informer le patient des nouveaux éléments connus
- Exprimer de nouveau des regrets voire des excuses en cas d'erreur avérée
- Mettre en œuvre les offres de soins et de soutien proposées
- Organiser avec le patient les soins d'aval
- Tracer les rendez-vous de suivi dans le dossier médical

» **Répondre** aux attentes et aux besoins légitimes des patients

» **Rassurer et accompagner** les professionnels de santé

La relation avec le patient

» Quelques repères

- Communiquer avec empathie, sincérité et honnêteté
- Prendre en compte l'entourage du patient
- Respecter la confidentialité
- Respecter l'individualité du patient

Maintenir confiance et dialogue

Pour en savoir plus, *Guide Annonce d'un dommage associé aux soins*

sur **www.has-sante.fr**

Les 3 temps de l'annonce



Préparer l'annonce

1. Après avoir assurer la continuité des soins
2. Prévoir un lieu calme
3. Se débarrasser des téléphones, bips etc.
4. Décider qui participera
5. Se concerter pour donner des info. concordantes

Qui participera à l'entretien ?

- Ni seul ni trop nombreux: pas plus de 3
- Junior: ni seul ni écarté systématiquement
- En pratique qui ?
  - Chef de service ou responsable de l'unité
  - Médecin en charge du patient
  - IADE/IDE en charge du patient
  - Sauf si l'un d'eux est responsable d'une erreur à l'origine du dommage

Avec qui communiquer ?

- L'obligation d'information est due uniquement au patient, sauf s'il est :
  - **Mineur**
  - *Sous tutelle*
  - Décédé
- Dans ces cas, l'information est délivrée aux ayants droit ou représentants légaux

Les 3 temps de l'annonce



- Ne pas dire "c'est de ma faute"
- Dire plutôt "je vous présente mes excuses pour ce qui s'est passé"
- Reconnaître une responsabilité médico-légale: seul un juge est habilité à le faire !

Sur quels événements indésirables communiquer ?

- Sur tout événement indésirable qui entraîne un dommage physique ou psychologique qu'il soit consécutif à :
  - complications liées à la pathologie du patient
  - aléa thérapeutique
  - erreur

Annonce d'un événement indésirable grave associé aux soins au patient : évaluation des pratiques médicales à partir de vignettes cliniques

Stéphanie Prud'homme [1], Mélanie Dufresne [1], Hélène Abbey [1], Cécile Paillé [1], Brice Leclère [1], Leila Moret [1,2]

Presse Med. 2016; 45: e59-e67

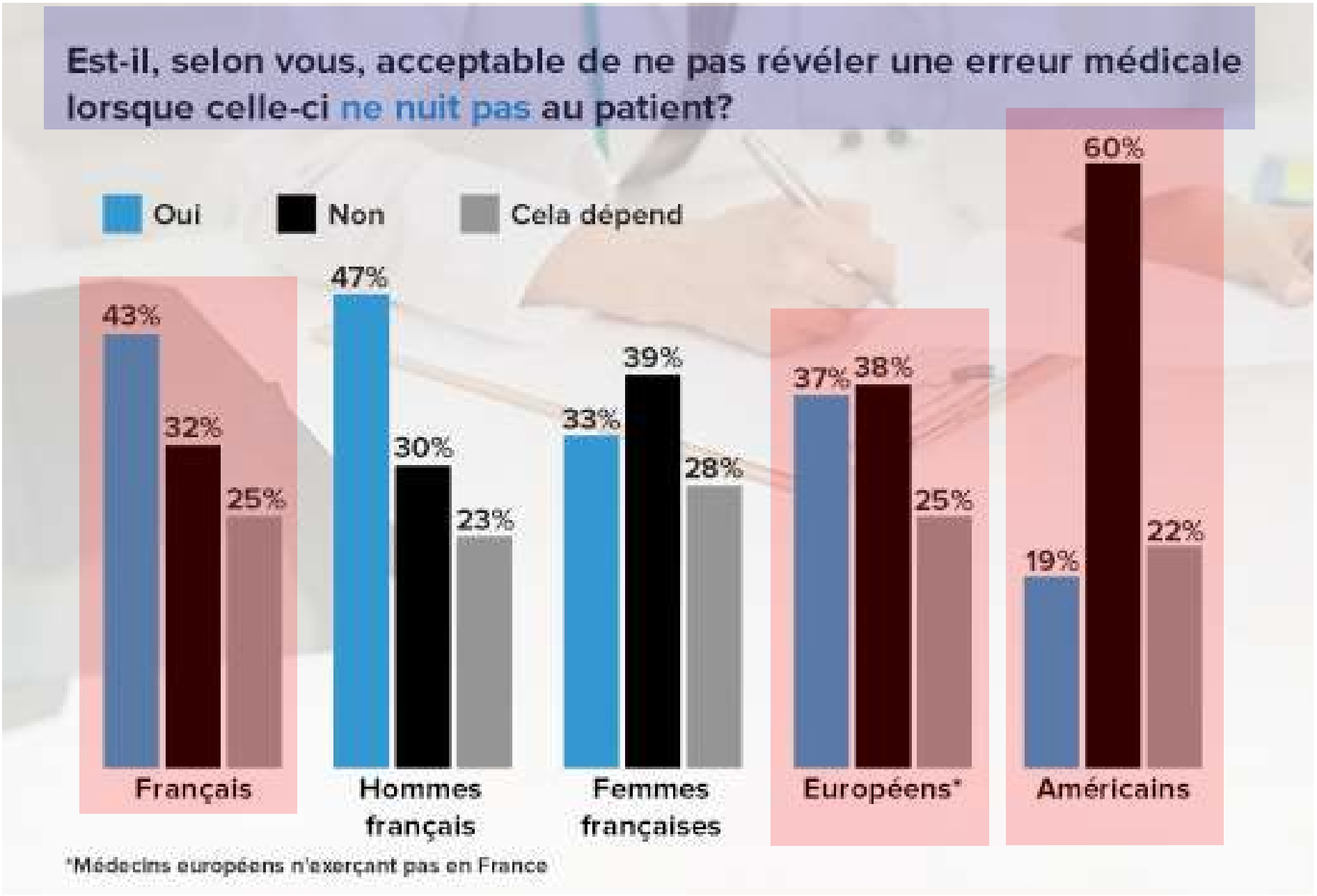
Vignettes d'EIAS avec pour chaque vignette,

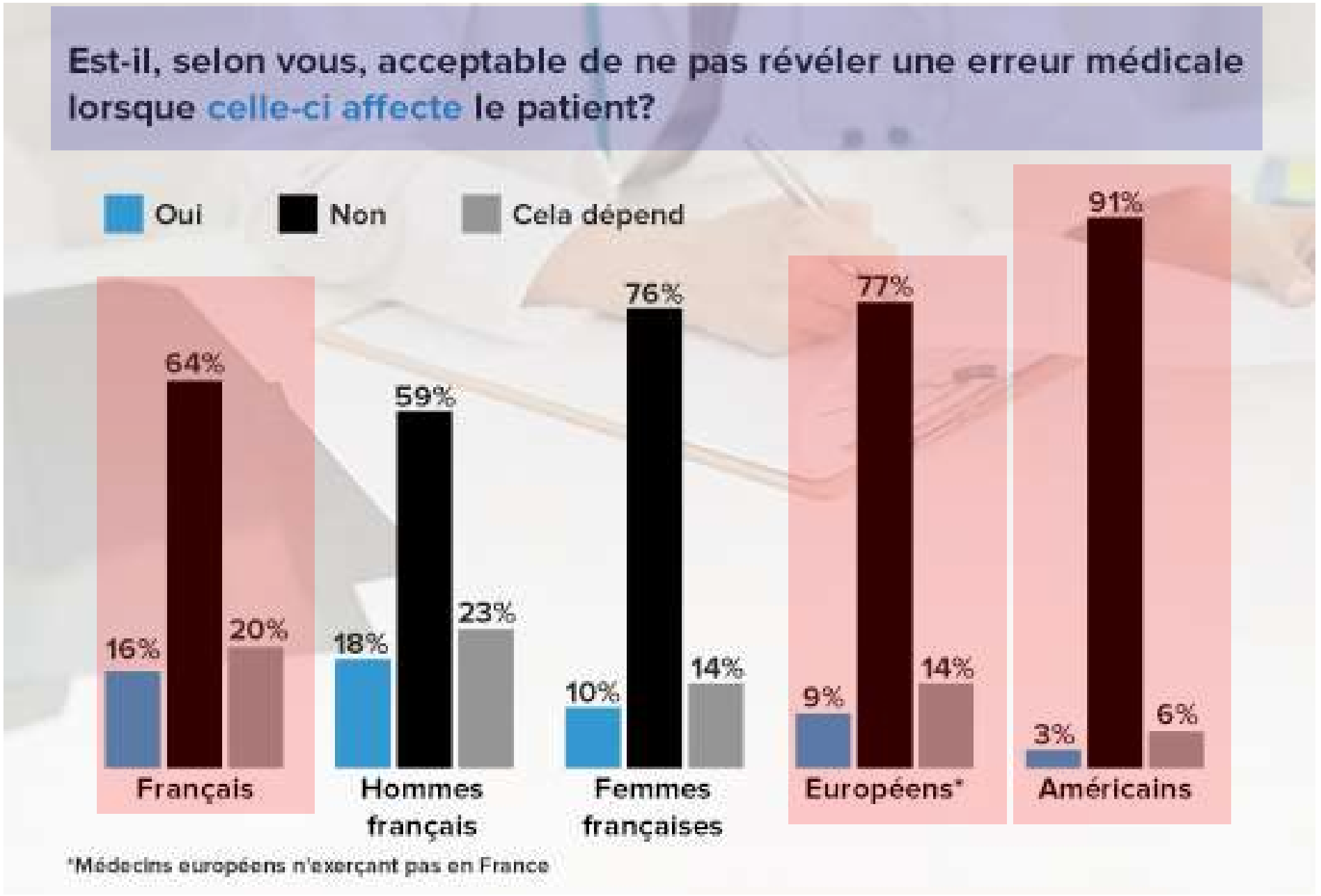
5 questions explorant le choix des médecins

- Annonce initiale de l'EIG
  1. Pas du tout réalisée = 13,4%
  2. Communication de détails = 24,5%
  3. Annonce de la cause = 44,1%
  4. Absence d'information sur la prévention = 11,2%
- Crainte de la judiciarisation non prioritaire



http://www.medscape.fr/public/ethique


Est-il, selon vous, acceptable de ne pas révéler une erreur médicale lorsque celle-ci ne nuit pas au patient?
Oui
Non
Cela dépend
43%
32%
25%
Français
47%
30%
23%
Hommes français
33%
39%
28%
Femmes françaises
37%
38%
25%
Européens*
19%
60%
22%
Américains
*Médecins européens n'exerçant pas en France


Est-il, selon vous, acceptable de ne pas révéler une erreur médicale lorsque celle-ci affecte le patient?
Oui
Non
Cela dépend
16%
64%
20%
Français
18%
59%
23%
Hommes français
10%
76%
14%
Femmes françaises
9%
77%
14%
Européens*
3%
91%
6%
Américains
*Médecins européens n'exerçant pas en France

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE
N Engl J Med 2007;356:2713-9.

REVIEW ARTICLE

CURRENT CONCEPTS

Disclosing Harmful Medical Errors to Patients

Thomas H. Gallagher, M.D., David Studdert, LL.B., Sc.D., M.P.H., and Wendy Levinson, M.D.

Bonne pratique d'annonce d'un EIAS et informations à délivrer au patient

- Annoncer les faits connus concernant l'EIAS
  - Présence d'une erreur ou d'un dysfonctionnement
  - Résultats de l'analyse de l'EIAS
- Exprimer des regrets
- Présenter des excuses formelles en cas d'erreur ou de dysfonctionnement

Les 3 temps de l'annonce

3 Suivre l'annonce

Suivre l'annonce

1. L'annonce peut nécessiter plusieurs RDV
2. Tout tracer dans le dossier
3. Identifier un médecin référent qui :
   - fournit les informations manquantes lors du 1er RDV
   - s'assure que les offres de soutien sont effectives
4. Prévenir: CS, Directeur, ARS et assureur
5. Informer patient et/ou famille de leurs droits lors d'une erreur médicale à l'occasion

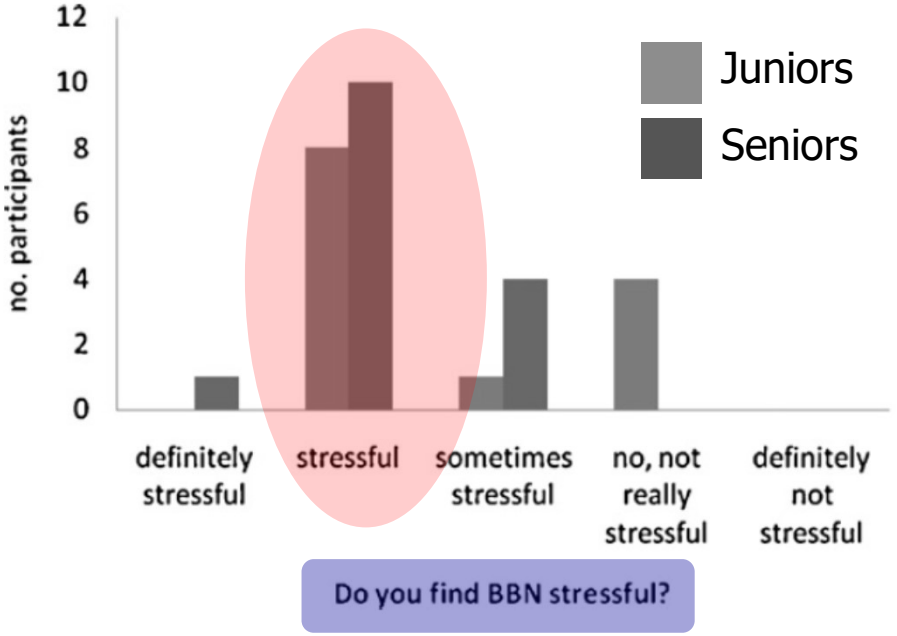
La qualité de la communication est reconnue insuffisante mais reste peu ou pas enseignée

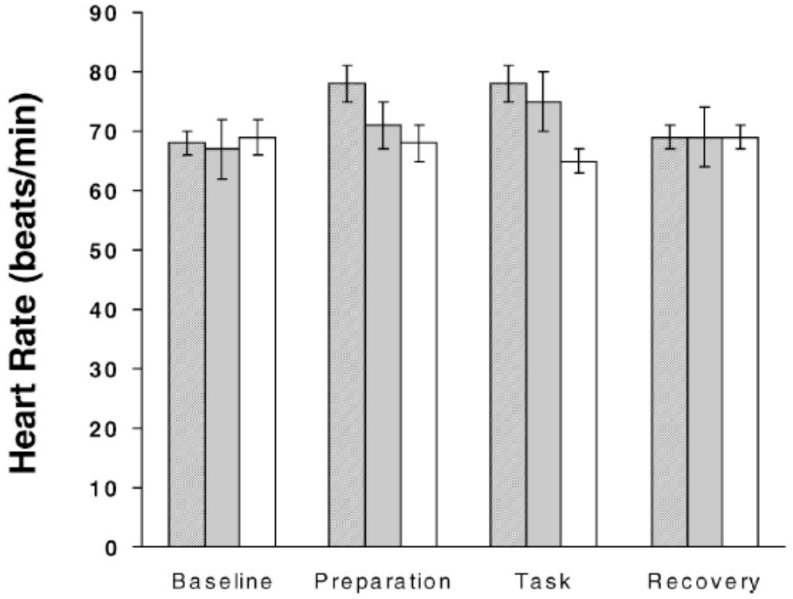
Rapport de l'Académie de Médecine (Mantz-2006)

« La communication des malades et de leurs familles avec le personnel soignant se fait mal (sauf exception) … ».

Le rapport insiste également sur l'importance de la formation jugée quasiment inexistante dans la plupart des Facultés de Médecine en France

L'annonce : Une situation stressante pour …



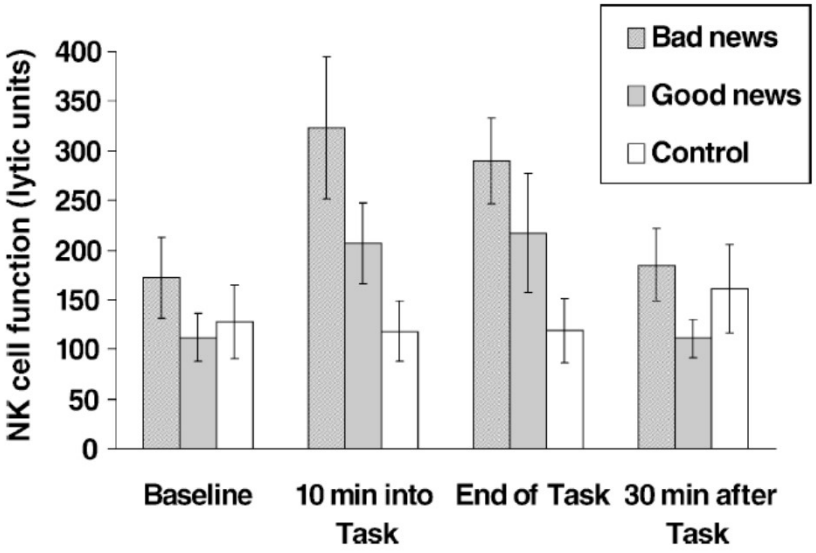


Répercussions du stress de l'annonce sur

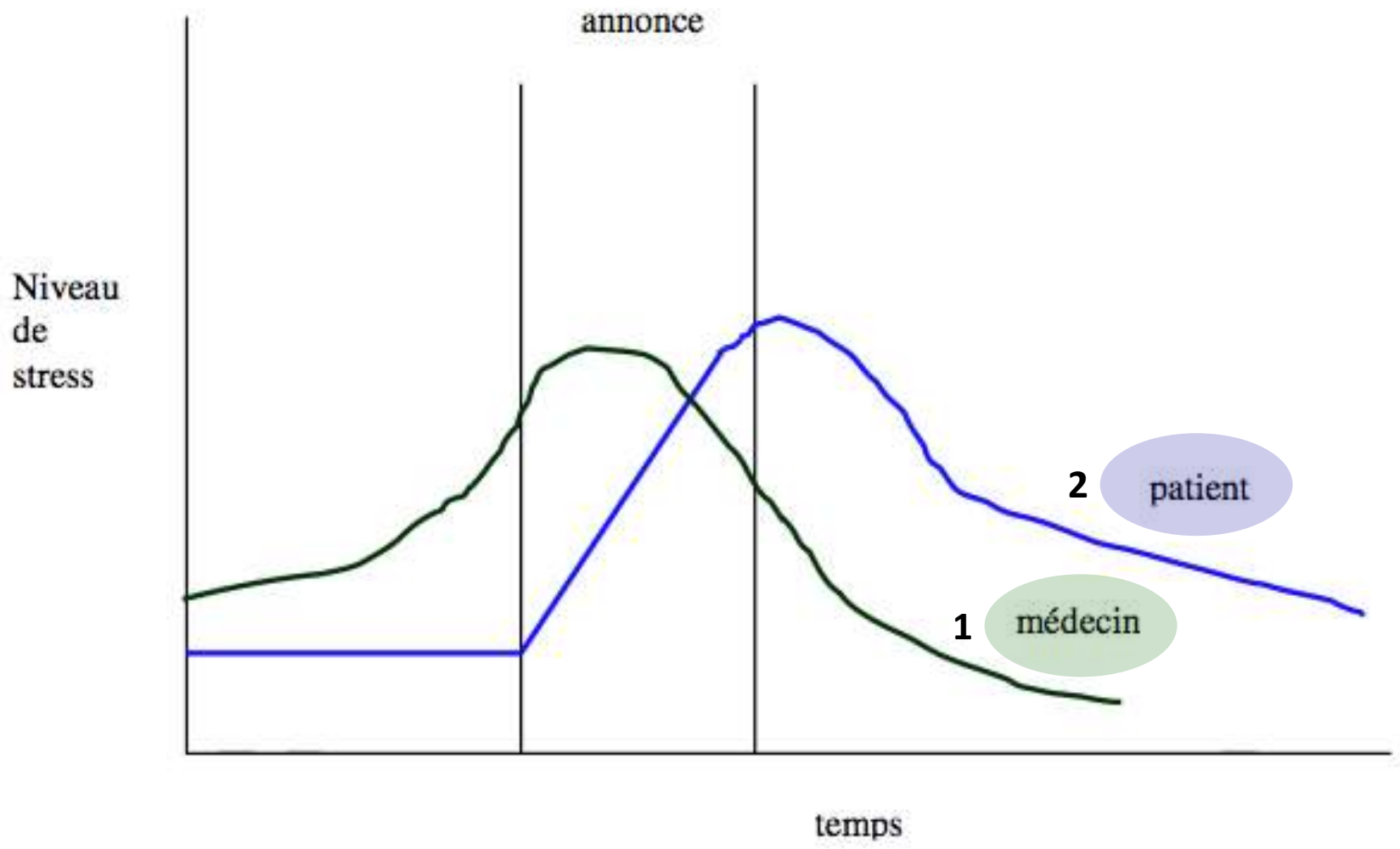
- FC, PA
- Cortisol salivaire
- Système immunitaire …

Cohen L. J Behav Med 2003

Shaw et al. Patient Ed Counsel 2013



L'annonce : Une situation stressante pour …



Il est possible d'améliorer la qualité de la communication des médecins

Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained?

KNUT ASPEGREN

Medical Teacher, Vol. 27, No. 6, 2005, pp. 539–543

- Doctors do not, even after many years of clinical work, spontaneously acquire important professional communication skills.
- The deficits are in sub-skills necessary for effective process of the communication and establishing a good patient–doctor relationship. These skills need to be taught and trained in medical schools and at post-graduate courses.

Your child is dead

Ilora Finlay.

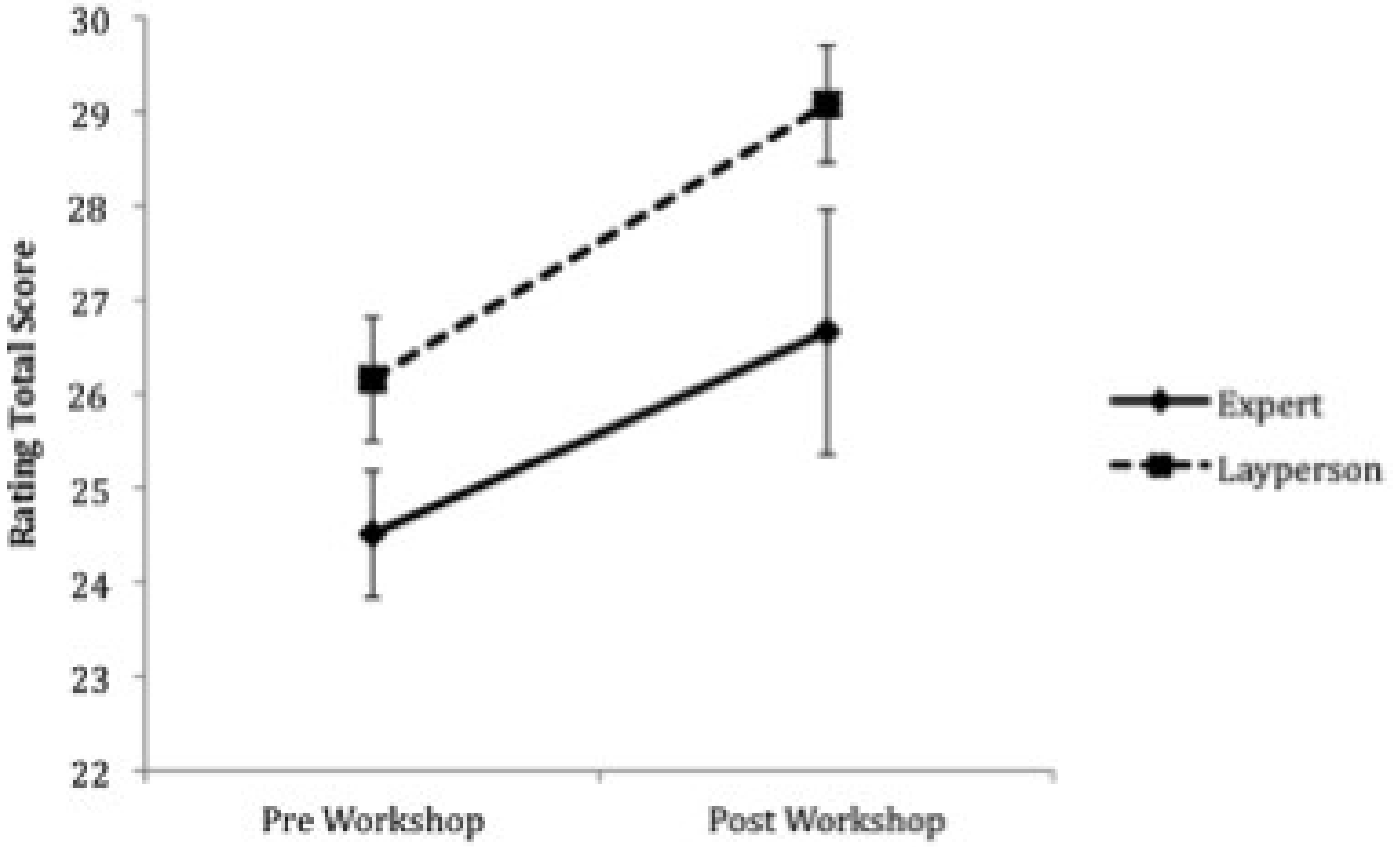
BMJ 22 JUNE 1991

Informant	Offensive	Badly handled	Reasonably handled	Sympathetically handled
Police (n=44)	1 (2)	9 (20)	13 (30)	20 (45)
Doctors and nurses (n=58)	6 (10)	18 (31)	11 (19)	22 (38)
Doctors (n=48)	5 (10)	14 (29)	10 (21)	18 (38)
Nurses (n=10)	1 (10)	4 (40)	1 (10)	4 (40)

Annonce du décès d'un enfant à sa famille: les policiers sont plus "bienveillants" que médecins et infirmiers …

Evaluation of the Impact of a Simulation-enhanced Breaking Bad News Workshop in Pediatrics

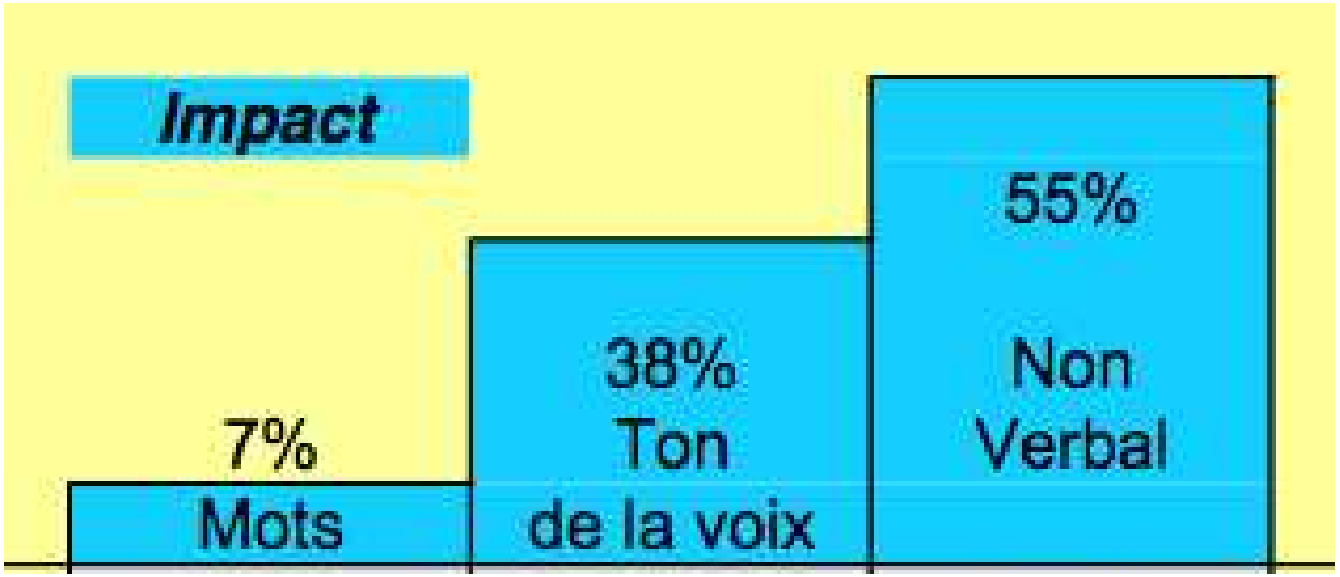
Tobler. Simulation in Healthcare 2014



Augmentation de la confiance en eux des PM et PNM

Amélioration des compétences pour l'annonce

Communication: le verbal et le non verbal



Patient Education and Counseling 94 (2014) 310–313

Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

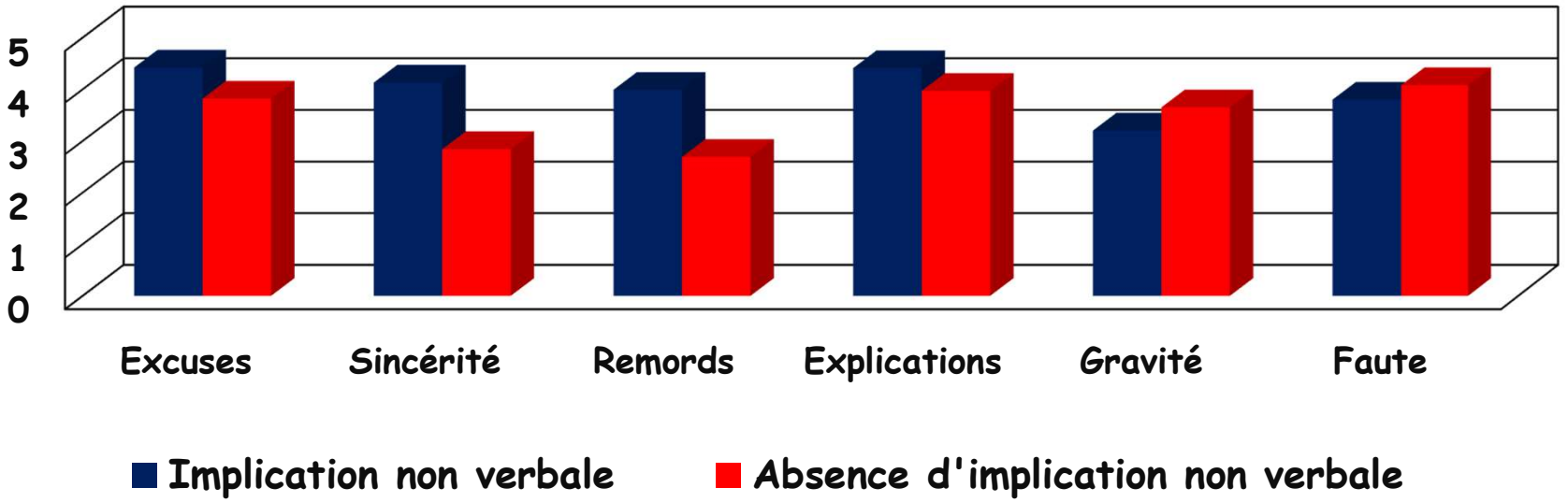
journal homepage: www.elsevier.com/locate/pateducou

Disclosing medical errors to patients: Effects of nonverbal involvement

Annegret F. Hannawa *

Présentation de 2 vignettes de déclarations d'erreur médicale "verbalement efficaces" à 216 patients: 1 avec implication non verbale et 1 sans implication non verbale

Qualité de la communication (échelle de Likert: 0-5)







Communication non verbale facilitée par le toucher





"To Be a Phenomenal Doctor You Have To Be the Whole Package": Physicians' Interpersonal Behaviors during Difficult Conversations in Pediatrics

Resister à la tentation !



TABLE 1. NUMBER OF PARENTS MENTIONING EACH BEHAVIOR

Behavior	*Number of parents commenting on behavior*
Empathy	11 (85%)
Availability	3 (23%)
Treating child as an individual	8 (62%)
Respecting parents' knowledge of child	8 (62%)
Allowing room for hope	7 (54%)
Body language	5 (38%)
Thoroughness	8 (62%)
Going beyond the call of duty	4 (30%)
Accountability	4 (30%)
Willingness to accept being questioned	3 (23%)
Attention to suffering of child	3 (23%)

Breaking Bad News: More Than Just Guidelines

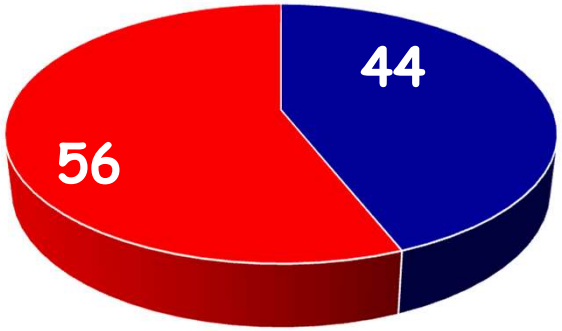
Orioles. Journal of Palliative Medicine 2013

6 Sessions de formation entre Mars 2015 et Juin 2016

60 Internes & 5 CCA DESAR & pédiatrie

80% ont déjà annoncé seuls une mauvaise nouvelle

Formation antérieure à la communication (%)



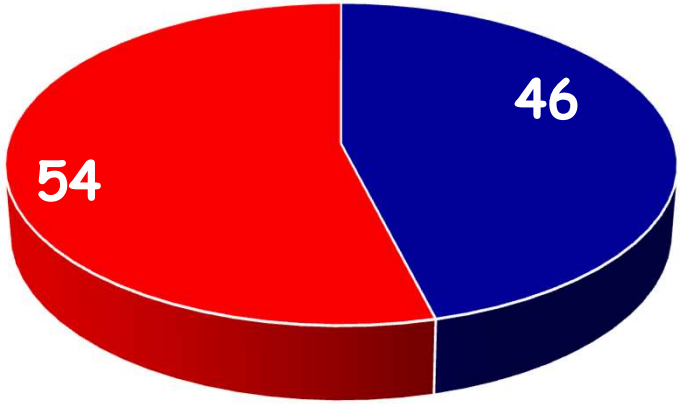
■ Oui *Théorique le plus souvent*

■ Non

Mais seuls 6% s'estimaient "bien formés"

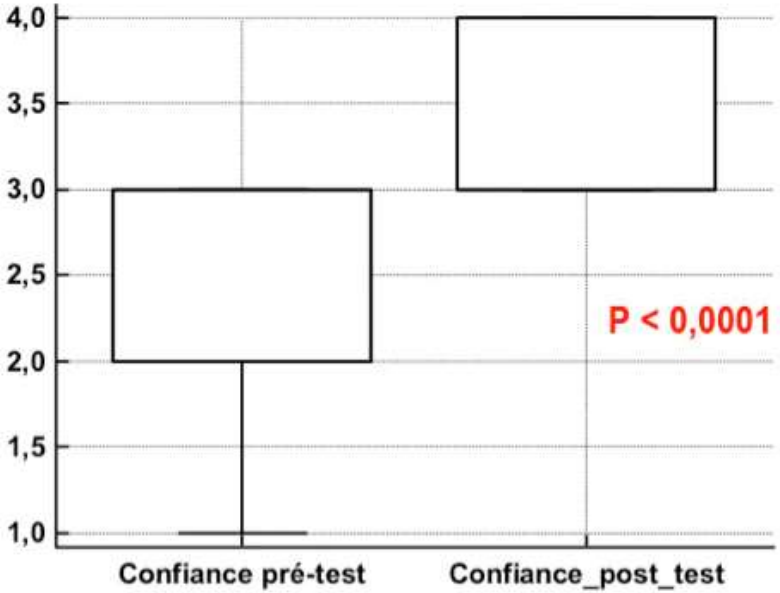
Evaluation après la formation

Niveau de formation (%)



- Mieux formés
- Beaucoup mieux formés

Amélioration du niveau de confiance pour l'annonce



The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events

Qual Saf Health Care 2009;**18**:325–330.

S D Scott, L E Hirschinger, K R Cox, M McCoig, J Brandt, L W Hall

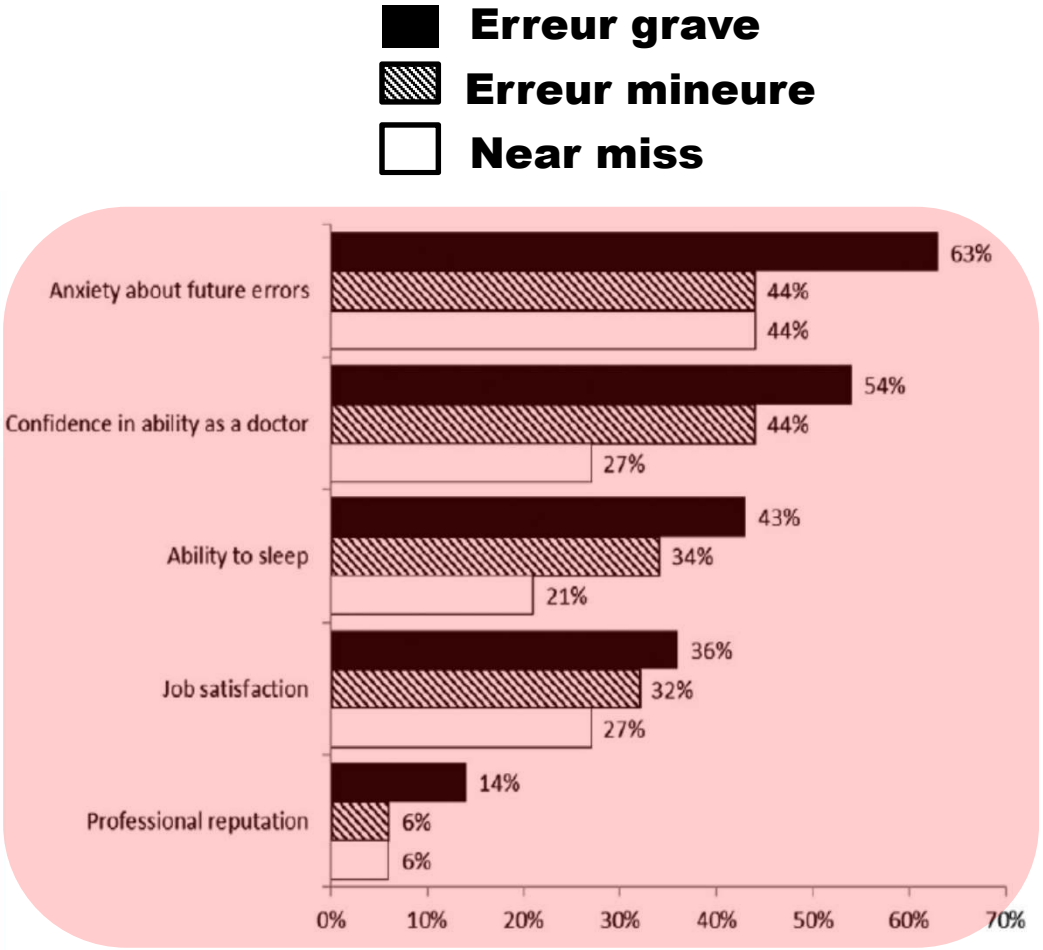
43 soignants impliqués dans des accidents (12 médecins, 17 IDE et 14 autres)

Physical symptoms	n (%)
Extreme fatigue	16 (52)
Sleep disturbances	14 (45)
Rapid heart rate	13 (42)
Increased blood pressure	13 (42)
Psychosocial symptoms	**n (%)**
Frustration	24 (77)
Decreased job satisfaction	22 (71)
Anger	21 (68)
Extreme sadness	21 (68)
Difficulty concentrating	20 (65)
Flashbacks	20 (65)
Loss of confidence	20 (65)
Grief	20 (65)
Remorse	19 (61)
Depression	17 (55)
Repetitive/intrusive memories	16 (52)
Self-doubt	16 (52)
Return to work anxiety	15 (48)
Second guessing career	12 (39)
Fear of reputation damage	12 (39)

The impact of medical errors on Swiss anaesthesiologists: a cross-sectional survey

S. R. McLennan[1,2], S. Engel-Glatter[1], A. H. Meyer[3], D. L. B. Schwappach[4,5], D. H. Scheidegger[6] and B. S. Elger[1]

Acta Anaesthesiologica Scandinavica **59** (2015) 990–998



Impact de l'erreur médicale selon sa gravité (%)

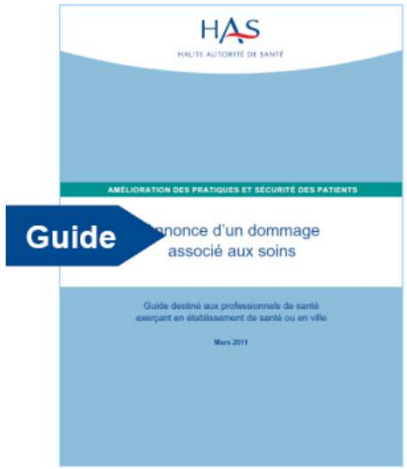
La (les) "seconde(s) victime(s)"

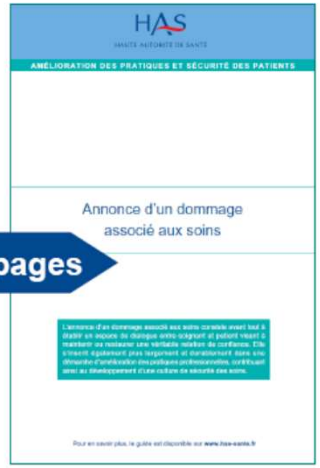
- Nécessité de soutenir le(s) professionnel(s) concernés +++
- Rôle majeur de l'encadrement (PM et PNM)
- Soutien immédiat et ultérieur

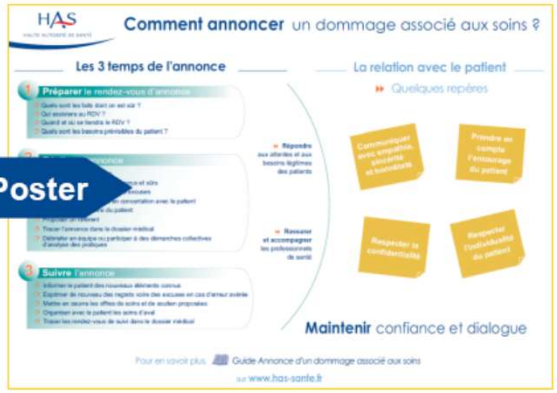
Annonce d'une complication aux parents : Conclusions

1. Assurer les soins du patient en priorité
2. Préparer l'annonce: qui, quoi, à qui, où, comment…
3. Donner des info. concordantes: se concerter avant
4. Empathie et sincérité
5. Exprimer des regrets voire des excuses
6. Assurer un suivi de l'annonce
7. Soutenir les professionnels impliqués
8. Eviter que cela se répète: débriefer, RMM, CREX
9. Déclarer la complication aux autorités
10. Se former aux situations d'annonce

Pour en savoir plus







http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins







Dominique Davous "Que reste- t-il de nos erreurs ?"
http://www.imagesante.be/fr/films/2014/que-reste-t-il-de-nos-erreurs

Merci de votre attention

Apprendre de ses erreurs après un événement indésirable associé aux soins

La mobilisation de tous les professionnels de santé pour la détection et l'analyse des événements indésirables associés aux soins est un élément essentiel de l'amélioration de la sécurité des soins

Cette démarche est exigée par les tutelles et réclamée à juste titre par les usagers.

Les points à retenir

- **Apprendre de ses erreurs,** après la déclaration d'un événement indésirable grave (EIG), incombe aux équipes médico-soignantes, et nécessite un engagement de l'encadrement, de la direction générale et du président de la CME.
- **Une approche systémique de l'analyse de l'EIG** permet de dépasser le sentiment de culpabilité des soignants et d'améliorer les pratiques de soins.
- **La prévention de la survenue des EIG** repose sur l'apprentissage du travail en équipe, avec un renforcement de la communication entre soignants.
- **L'information du patient et de ses proches** est une étape indispensable au rétablissement de la confiance.

Christian Richard
Chef du service de réanimation médicale de l'hôpital de Bicêtre, membre de la commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de l'AP-HP

Marie-Laure Pibarot*
Responsable de la prévention des risques sanitaires à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (Domru) de l'AP-HP

Françoise Zantman
Directrice des soins et activités paramédicales, direction générale, AP-HP

Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 3, avenue Victoria 75004 Paris, France

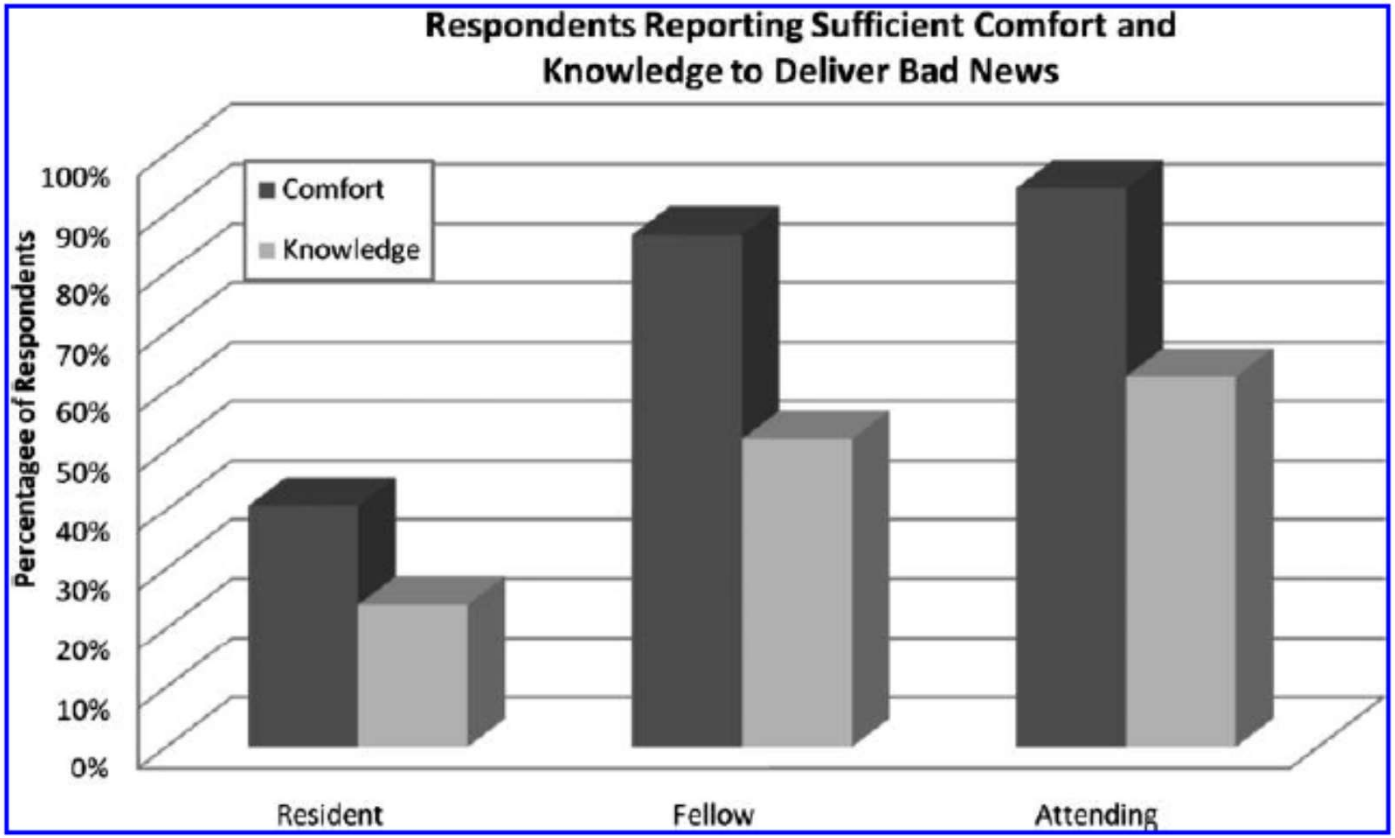
Rappels

- **Responsabilité**: notion juridique complexe nécessitant la réunion de 3 conditions cumulatives: 1 faute, 1 préjudice et 1 lien de causalité entre les 2
- **Erreur médicale**: toutes formes d'incident ou d'accident survenant au cours d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, et dont il résulte pour le patient un état non conforme à ce qui était prévu ou prévisible en raison de son état de santé.
- Une **erreur médicale** est **fautive** si elle résulte de soins non attentifs, non consciencieux ou non conformes aux données acquises de la science et constitue de ce fait un événement indésirable évitable.

Annonce de Mauvaises Nouvelles : L'expérience ne suffit pas à acquérir les compétences en communication

Orgel E, McCarter R, Jacob S. Journal of Palliative Medicine 2010

249 pédiatres travaillant en CHU aux USA





PIEGES DE COMMUNICATION



Ce que l'on veut dire…

N'est pas forcément ce qui est dit

Ce qui est dit…

N'est pas forcément ce qui est entendu

Ce qui est entendu…

N'est pas forcément ce qui est compris

Ce qui est compris…

N'est pas forcément ce qui est fait

Rall M, Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

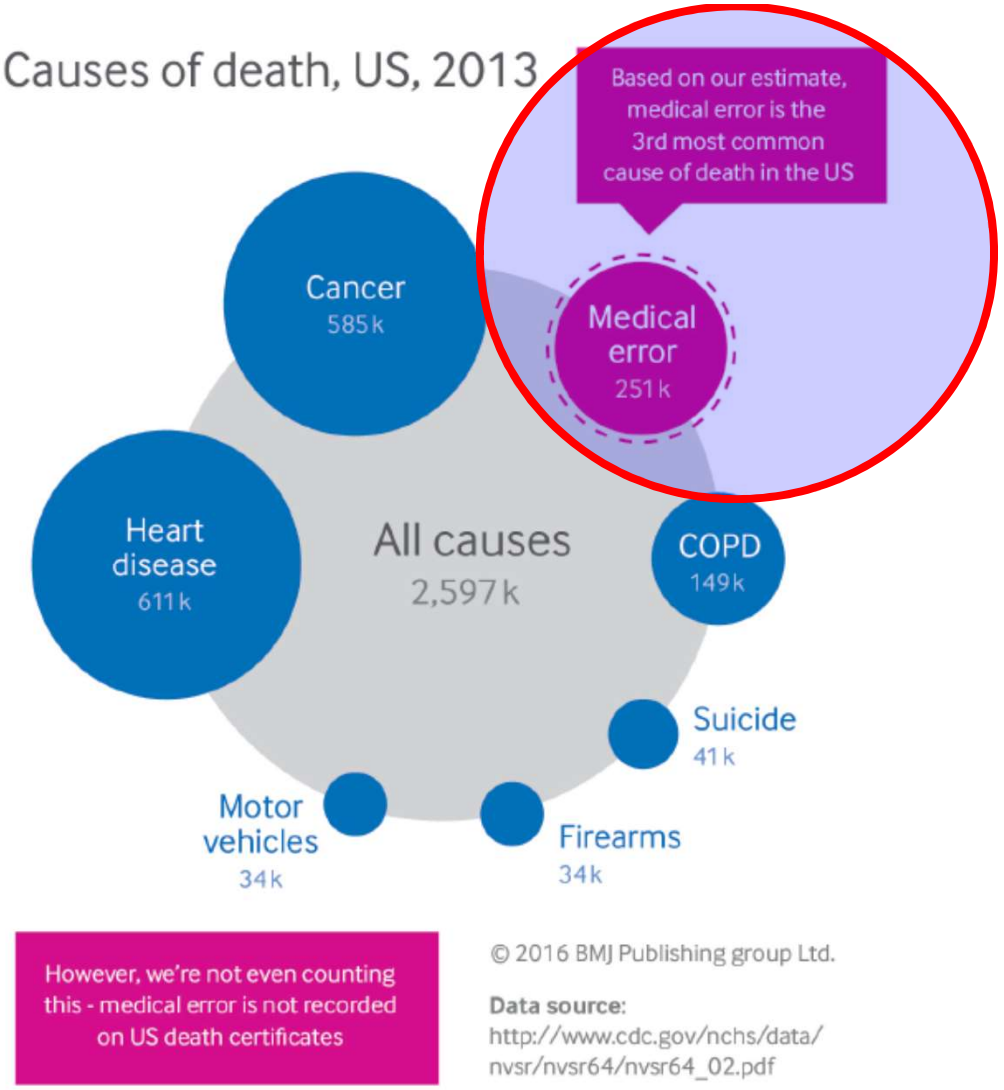
Medical error—the third leading cause of death in the US

Martin A Makary *professor*, Michael Daniel *research fellow*

BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016)

thebmj

Principales causes de décès aux USA en 2013



Erreurs médicales: 3e cause de décès aux USA !

Rapport du Sou Médical (2015)

