



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AMÉLIORATION DES PRATIQUES ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Annonce d'un dommage associé aux soins

Guide destiné aux professionnels de santé
exerçant en établissement de santé ou en ville

Mars 2011

Ce guide et sa fiche de synthèse sont téléchargeables gratuitement sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Préface

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé entérine la notion de démocratie sanitaire et avec elle, assied les droits fondamentaux des patients.

Pourtant, malgré ce cadre juridique bien établi, l'information des patients suite à un dommage associé aux soins n'est pas encore satisfaisante comme l'illustre les résultats de la certification des établissements. Le critère 11c. du manuel V2010, « L'information du patient en cas de dommage lié aux soins », est en effet un de ceux qui suscite le plus de décisions. Ce constat traduit une réelle difficulté pour les professionnels à communiquer dans des situations où leur relation avec le patient peut potentiellement se dégrader.

Le manque de formation, la crainte d'un éventuel procès, la difficulté à gérer ses propres émotions sont autant de freins qu'il est important de lever pour à la fois répondre aux attentes des patients, renforcer et apaiser la relation de confiance nouée avec le professionnel, et aussi inscrire les pratiques professionnelles dans une démarche d'amélioration continue.

La HAS a donc souhaité apporter son soutien à tous les professionnels de santé en leur donnant des repères pratiques pour préparer et conduire un entretien au cours duquel est annoncé un dommage associé aux soins. Ce guide, élaboré avec des professionnels de santé et des représentants des usagers, est résolument ancré dans l'expérience de chacun d'entre eux tout en s'appuyant sur l'analyse de la littérature internationale.

En cette année de valorisation des droits des patients, avec le lancement de l'initiative « 2011, année des patients et de leurs droits », ce guide illustre par ailleurs la volonté de la HAS et, au-delà, de tous les professionnels de santé, d'accentuer l'attention portée aux patients.

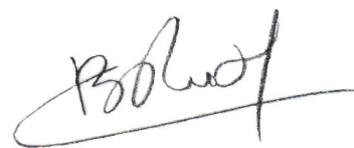
Aider les patients à devenir acteurs de leur santé et les positionner au cœur de la démarche, préserver la relation soignant-patient, renforcer la culture de sécurité des soins, tels sont les enjeux de l'annonce d'un dommage associé aux soins.

Puisse ce document y contribuer, en vous facilitant le cheminement dans cette démarche.



Jean-Luc Harousseau

Président de la Haute Autorité de Santé



Claude Rambaud

Présidente de l'association le LIEN*
et membre du CISS*

* LIEN : association d'information et d'aide aux victimes d'infections nosocomiales et d'accidents médicaux

* CISS : Collectif interassociatif sur la santé

Sommaire

Liste des abréviations	6
Introduction	7
Pourquoi est-ce important ?	8
Pourquoi est-ce difficile ?	9
Pour quels bénéfices ?	11
Annonce d'un dommage et gestion des risques	12
1^{re} partie. La préparation à l'annonce	13
1. Avant tout accident	13
2. Lorsqu'un accident survient	14
2^e partie. La réalisation de l'annonce	17
1. Qui participe au premier rendez-vous avec le patient ?	17
2. Où se déroule le premier rendez-vous avec le patient ?	18
3. Quand se tient le premier rendez-vous avec le patient ?	19
4. Comment réaliser l'annonce ?	19
5. Immédiatement après l'annonce	21
6. L'annonce immédiate	21
7. L'annonce d'un dommage causé par un tiers	22
3^e partie. Les suites de l'annonce	23
En synthèse. À faire/À ne pas faire	25
Annexe 1	27
Annexe 2	29
Annexe 3	37
Annexe 4	41
Annexe 5	45
Annexe 6	47
Annexe 7	49
Glossaire	51
Recherche documentaire	53
Références bibliographiques	55
Remerciements	59
Participants	61

Liste des abréviations

ALARM :	association of litigation and riskmanagement protocol
Anaes :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AME :	aide médicale de l'État
ARS :	agence régionale de santé
CADA :	Commission d'accès aux documents administratifs
CCECQA :	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CME :	commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés
CMU :	couverture maladie universelle
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CRCI :	commission régionale de conciliation et d'indemnisation
CRUQPC :	commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU/DIU :	diplôme universitaire/diplôme interuniversitaire
EPP :	évaluation des pratiques professionnelles
ESPIC :	établissement de santé privé d'intérêt collectif
FMC :	formation médicale continue
HALDE :	Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
InVS :	Institut de veille sanitaire
ONIAM :	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
RMM :	revue de mortalité et de morbidité
URPS :	union régionale de professionnels de santé

Introduction

► Pourquoi un tel guide ?

« Savoir », « comprendre », « être informé »... telles sont les attentes des patients et de leur entourage touchés par un dommage associé aux soins. Accompagner un patient dans des instants aussi difficiles ne s'improvise pas et nécessite une communication adaptée, d'autant plus que la survenue d'un événement indésirable peut dégrader la relation de confiance existante. Face à cette situation chargée d'émotions, les professionnels de santé se trouvent parfois désemparés et démunis, ne sachant ni comment faire ni comment dire. Ce guide a pour but d'apporter un soutien à tous les professionnels de santé, qu'ils exercent en établissement de santé ou en ville, dans leur intérêt et celui du patient.

► Quel cadre juridique en France ?

L'annonce d'un dommage associé aux soins est un devoir moral, éthique mais aussi une obligation légale. En application de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique et de l'article 35 du code de déontologie médicale (article R. 4127-35 du Code de la santé publique), toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. L'information doit être claire, loyale, appropriée et délivrée dans le cadre d'un entretien individuel. Elle est due par tout professionnel de santé dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. L'article L. 1142-4 dispose en outre que « *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 par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. 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* ». Ainsi, l'information est un droit du patient. Par ailleurs, la procédure de certification V2010 des établissements de santé, sur la base des textes législatifs, inscrit « l'information du patient en cas de dommage lié aux soins » comme une exigence dans la prise en charge du patient (critère 11.c).

► Sur quels événements indésirables communiquer ?

Tous les événements indésirables qui entraînent un dommage physique ou psychologique doivent faire l'objet d'une annonce, qu'ils soient consécutifs à des complications liées à la pathologie du patient, à un aléa thérapeutique ou à une erreur. La gravité du dommage subi doit toujours être considérée selon le point de vue du patient et non pas celui du soignant qui pourrait avoir tendance à en minimiser les conséquences (1). Si tous les événements indésirables peuvent faire l'objet d'une annonce, y compris les presque accidents et les incidents sans conséquences physiques pour le patient, ces derniers ne seront pas traités dans ce guide pour laisser chaque professionnel libre d'apprécier la pertinence d'une communication sur ce type d'événement. En revanche, les événements sans conséquences physiques pour le patient doivent être intégrés dans la démarche de gestion des risques des professionnels ou de l'établissement (signalement, recherche et analyse des causes à l'origine de l'événement, mise en place d'actions correctives).

► Avec qui communiquer ?

En principe, l'obligation d'information est due uniquement au patient, sauf s'il est décédé, mineur ou sous tutelle. Dans ces cas, l'information est délivrée aux ayants droit ou représentants légaux. Cependant, avec le consentement du patient, les professionnels pourront impliquer plus ou moins fortement son entourage dans le processus d'annonce.

Dans ce guide, seul le terme « patient » apparaît, mais il peut inclure le cas échéant les proches, dans les limites des dispositions légales¹ (cf. annexe 5). La démarche d'annonce d'un dommage associé aux soins est donc centrée sur le patient et ses besoins, mais n'écarte pas pour autant son entourage.

1. Lorsque le patient n'est pas en mesure de recevoir l'information, tels les patients hospitalisés en réanimation, l'information est délivrée à la personne de confiance. En l'absence de personne de confiance, il peut être demandé aux proches de désigner un référent qui sera l'interlocuteur privilégié des professionnels (2).

Pourquoi est-ce important ?

La communication est un élément fondamental dans la construction de la relation soignant-patient qui s'initie par l'information et le consentement éclairé du patient. La qualité de cette relation sera souvent déterminante pour la facilitation des échanges suite à la survenue d'un événement indésirable. Annoncer un dommage au patient est un moment crucial de cette relation qui permet de maintenir ou de restaurer la confiance entre les deux partenaires et qui contribue à assurer la continuité des soins.

► Parce qu'un dommage peut avoir d'importantes répercussions sur le patient

Même en l'absence d'événement indésirable, la plupart des patients se sentent vulnérables du simple fait d'être malades, de nécessiter des soins. Lorsqu'un événement indésirable survient au cours de la prise en charge, la représentation que le patient se faisait de sa propre maladie et de son évolution va se modifier, amenant ainsi l'expression d'émotions diverses et complexes : tristesse, anxiété, angoisse, dépression, peur, frustration, colère, perte de confiance sont des réactions fréquentes, même si le dommage subi n'est pas dû à une erreur et même si la possibilité de survenue d'un tel événement a été discutée au préalable (3,4). De plus, selon la nature et la gravité du dommage, les conséquences sont non seulement d'ordre physique et psychologique mais aussi d'ordre social et matériel et peuvent revêtir un aspect temporaire ou permanent. La situation se complique encore lorsque le dommage survient du fait d'une erreur commise par le professionnel en qui le patient avait placé sa confiance pour prendre en charge son problème de santé. Le déni face au dommage, le manque de communication, communément appelé « le mur du silence », ne font qu'accroître la détresse et la colère du patient devant ce qu'il peut considérer comme une marque de mépris.

► Parce que suite à un dommage, le patient va manifester certaines attentes

La réaction du patient peut cependant être modulée par le comportement du professionnel face à sa souffrance. Plusieurs études concordantes décrivent les attentes des patients suite à un dommage : ils veulent comprendre ce qui s'est passé, les conséquences pour leur santé, pourquoi l'événement est survenu et quelles actions correctives sont entreprises pour éviter qu'il ne se reproduise. Les patients attendent la reconnaissance de leur dommage, une communication transparente, la prise en compte de leur douleur (physique et psychologique) et l'expression empathique de regrets voire d'excuses lorsque le dommage subi est consécutif à une erreur (3, 5, 6). En faisant le choix d'une communication ouverte et honnête, les professionnels font acte de reconnaissance de l'impact du dommage ainsi que de la souffrance qui en résulte chez le patient. C'est le premier pas vers la restauration de sa confiance, de sa dignité et vers une reconstruction progressive.

Si l'annonce d'un dommage associé aux soins suit de grands principes généraux énumérés dans ce guide, les professionnels ne doivent pas perdre de vue que cette démarche doit rester centrée sur le patient et ses besoins, nécessitant donc empathie, savoir-être, adaptations et ajustements au cas par cas.

Pourquoi est-ce difficile ?

La publication en 2000 du rapport « *To err is human : building a safer health system* » de l'*Institute of Medicine* américain signe une mutation culturelle en matière de qualité et de sécurité des soins : l'apprentissage par l'erreur prévaut sur la recherche de la faute. Des programmes d'amélioration de la sécurité des soins, incluant l'annonce d'un dommage au patient, existent depuis plus de 10 ans à l'étranger. Cependant, les retours d'expérience montrent à quel point cette gestion particulière de la relation soignant-patient est difficile, mettant ainsi en exergue de nombreux freins à la transparence.

► Parce que la relation soignant-patient est complexe

La relation soignant-patient est un partenariat, bâti sur un « contrat de soins », qui se fonde sur une règle éthique implicite applicable aux soignants – *primum non nocere* – et sur une confiance mutuelle. Cette confiance ne peut s'établir que sur la base d'une communication saine et bilatérale. Toutefois, l'information du patient s'avère être une réalité complexe et contrastée (7, 8). Dans ce cadre, la qualité de la relation existante conditionnera la facilité du dialogue suite à l'apparition d'un dommage.

► Parce que la communication se complique lorsque le dommage est consécutif à une erreur...

Lorsque le dommage subi par le patient est dû à une erreur, la situation devient encore plus complexe : d'une part, le patient victime de l'accident subit les conséquences physiques, psychologiques, voire matérielles et sociales du dommage, d'autre part, le professionnel ayant commis l'erreur en souffre aussi plus ou moins fortement jusqu'à être parfois qualifié de « seconde victime » (9,10). En effet, le professionnel ayant commis une erreur se retrouve dans une situation de souffrance qu'il est important de ne pas négliger car elle pourra impacter sa pratique et son comportement face au patient, voire altérer la poursuite de son activité professionnelle. Il est donc essentiel de reconnaître ces deux souffrances, celle du patient et celle du soignant, et plus encore de ne pas les opposer pour ne pas réduire, voire supprimer, les possibilités d'échanges.

► ... avec des appréhensions personnelles et professionnelles

Suite à une erreur, le professionnel pourra se sentir responsable du dommage et ressentir différentes émotions : honte, culpabilité, frustration, colère, tristesse, anxiété, stress, perte de confiance en ses propres capacités, déception de s'être trompé, etc. (3,11,12). Ces sentiments constituent autant de freins qui vont retenir le professionnel d'échanger avec le patient sur l'erreur commise. Les freins sont non seulement personnels du fait de l'impact émotionnel de l'erreur mais aussi culturels et professionnels. Le professionnel s'étant trompé se trouve renvoyé face à sa propre fragilité alors que certains évoluent dans une culture d'inafaillibilité. La perte de confiance du patient, ses éventuels reproches, voire sa colère, ainsi que la crainte d'une dépréciation de sa réputation peuvent conduire le professionnel à faire le choix du silence. Ce comportement peut aussi être dicté par le simple fait de ne pas savoir quoi faire ou quoi dire par manque de formation.

C'est ce que l'on observe dans plusieurs études internationales : les professionnels ont du mal à parler de leurs erreurs, que ce soit entre pairs ou face au patient (3, 13, 14). Qu'il s'agisse de la notification des événements indésirables ou de l'annonce d'un dommage au patient, ces démarches sont loin d'être naturelles et il s'avère beaucoup plus difficile de signaler une erreur (par essence évitable) qu'un événement indésirable lié à une complication ou un aléa thérapeutique.

À ces freins individuels à l'échelle du professionnel s'ajoutent des freins institutionnels à l'échelle de l'établissement de santé. Là encore, la peur pour l'image de marque voire le coût d'un éventuel dédommagement prennent le dessus sur l'exigence de transparence (15).

► Parce que la peur de la judiciarisation agit comme un frein

Dans tous les cas, que ce soit pour les professionnels ou les institutions, une des principales appréhensions reste l'apparition d'une relation conflictuelle avec le patient pouvant être à l'origine d'une réclamation voire d'un contentieux.

Si éviter le recours juridictionnel est un enjeu, il ne s'agit pas d'éviter l'indemnisation du patient qui reste un droit à part entière, largement réaffirmé par la loi du 4 mars 2002. Une annonce bien menée, consécutive à un dommage lié à une erreur ou non, peut éventuellement aboutir à une demande d'indemnisation du patient. Pour autant, cela ne signifie en aucun cas l'échec de la démarche d'annonce engagée. Cette indemnisation peut être versée soit par l'assureur du professionnel en cas d'accident fautif, soit par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) en cas d'accident non fautif ou d'infection nosocomiale. C'est dans cette optique qu'ont été créées les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI). Elles ont pour but de faciliter et d'accélérer, à travers une procédure amiable, l'indemnisation des victimes de dommages associés aux soins (cf. annexe 6).

La plainte, quant à elle, reflète le paroxysme de la dégradation de la relation avec le patient et peut donc traduire un manquement dans la prise en compte de ses besoins. Si le risque de contentieux existe bel et bien, les professionnels et les institutionnels évoluent dans un environnement où le spectre d'une augmentation de la « judiciarisation » de la médecine est de plus en plus prégnant, constituant un des principaux freins à l'annonce d'un dommage. Pour autant, le volume des procédures en France est très faible, à la fois au regard du volume d'actes pratiqués et du nombre de professionnels de santé (16-18). Même à l'étranger, dans des pays pourtant réputés pour leur « judiciarisation à outrance », certains articles démontrent que, contrairement aux croyances entretenues, les patients sont peu enclins à porter plainte à la suite d'un accident médical (19, 20).

De manière générale, s'il est vrai que le montant des indemnisations versées augmente dans certaines spécialités, il n'en demeure pas moins que le nombre d'affaires portées devant un tribunal reste très faible.

Focus : la tentation de dissimuler

Si le dommage subi par le patient est la conséquence d'une erreur avérée et donc évitable, les professionnels peuvent être tentés de ne faire qu'une annonce partielle des faits afin de minimiser leur implication, voire de ne pas mentionner l'événement indésirable, d'autant plus si le patient ne s'est pas rendu compte de l'erreur ou a mis le dommage sur le compte d'une complication liée à sa pathologie. Cette tentative de dissimulation est néfaste à plusieurs titres. L'annonce d'un dommage associé aux soins est une démarche centrée sur le patient dont un des corollaires est la sécurisation du système de soins. Tout professionnel doit donc fournir au patient une information transparente et exhaustive. Il s'agit non seulement d'un devoir moral et légal mais aussi d'une nécessité pour que chaque patient puisse être acteur de sa santé et prendre une décision éclairée sur son plan de soins (21). Les professionnels qui cachent un dommage au patient le mettent donc potentiellement dans une situation où sa prise en charge sera déficiente. Quant à la sécurisation des soins, tant qu'aucune barrière de sécurité² ne sera mise en œuvre en cas de pratique ou processus défectueux, l'erreur pourra se reproduire sans qu'aucun enseignement n'en soit tiré. Par ailleurs, un dommage sciemment dissimulé au patient et découvert tardivement et fortuitement par ce dernier aura tendance à déclencher un conflit qu'il sera alors difficile d'apaiser. L'annonce constitue donc une démarche qui profite autant aux patients qu'aux professionnels.

2. Barrière de sécurité : élément matériel ou procédure destinée à interrompre ou à modifier le scénario d'un accident de façon à en réduire la probabilité et/ou la gravité [P. Perilhon, Sécurité des installations, Méthode MADS-MOSAR, CEA INSTN, 1997].

Pour quels bénéfices ?

► L'apaisement de la relation soignant-patient

Une annonce bien faite bénéficie à la relation entre le patient et le soignant (6). Non seulement le patient voit l'ensemble de ses besoins pris en compte mais le professionnel impliqué ressent également un certain soulagement à pouvoir échanger avec le patient, le déchargeant ainsi d'un possible sentiment de culpabilité. Une communication de qualité, même dans un contexte émotionnel important, peut ouvrir la voie de l'apaisement pour les deux parties, transformant ainsi un événement indésirable en un bénéfice individuel et collectif. Selon la gravité et l'origine du dommage, cet apaisement ne sera pas nécessairement immédiat car le patient pourra exprimer diverses réactions, plus ou moins violentes, cycliques et contradictoires, reflets de sa détresse. Les réactions du patient vont donc potentiellement constituer une certaine adversité pour le professionnel ; mais être capable d'y faire face tout en assumant son devoir de transparence peut se révéler bénéfique pour les deux interlocuteurs.

► La réputation et l'amélioration des pratiques professionnelles

Soucieux du bien-être des patients, professionnels et établissements de santé renvoient une image positive (22). La sécurisation des pratiques professionnelles et des processus liés aux soins est également un enjeu puisque ces acteurs seront plus enclins à s'inscrire dans une analyse approfondie des causes des événements indésirables et, par conséquent, dans une démarche de gestion des risques associés aux soins.

► Un gain temporel et financier

La crainte de la judiciarisation constitue une des principales inquiétudes pour les professionnels et les institutions en cas de dommage subi par un patient. Pourtant, plusieurs études montrent que les patients ont tendance à porter plainte en dernier recours lorsque professionnels et institutions ne répondent pas ou répondent mal à leurs attentes et non pas parce qu'une erreur a été commise (5, 23, 24). Ainsi la reconnaissance du dommage, accompagnée d'une expression de regrets voire le cas échéant d'excuses, d'une explication des faits et d'une garantie de mise en œuvre d'actions visant à éviter la répétition de l'événement, apaise le patient et contribue à restaurer sa confiance. À l'opposé, une absence de communication ou une communication maladroite conduira le patient à rechercher les informations manquantes auprès d'une tierce partie, en l'occurrence un médiateur ou un juge.

Plusieurs expériences menées au cours des 10 dernières années montrent qu'une communication bien menée tend à diminuer fortement le risque de procès. Trois programmes décrits dans la littérature montrent qu'une prise en charge appropriée du patient suite à un dommage conduit à une diminution des plaintes, à une diminution du montant des indemnisations et à une diminution du temps passé à traiter les plaintes (25-28). D'après ces trois expériences positives, une communication bien gérée signifie donc une amélioration sur tous les plans de la relation avec le patient.

Annnonce d'un dommage et gestion des risques

Si l'annonce d'un dommage associé aux soins est d'abord une affaire de relations humaines, cette démarche de communication et de transparence s'inscrit pleinement dans une politique de gestion des risques associés aux soins. En effet, une des attentes des patients suite à un dommage est de comprendre ce qui s'est passé, pourquoi l'événement indésirable est survenu. Dans cette perspective, tout événement indésirable doit être analysé de manière systémique, c'est-à-dire en envisageant l'ensemble des « maillons » du système de soins. En cas d'erreur avérée, cela signifie aussi changer de posture, ne pas rechercher la culpabilité du dernier intervenant mais apprendre à travers l'erreur commise. Ainsi, la recherche des causes liées à un événement indésirable devient source de savoir et d'amélioration des pratiques, aussi bien au niveau individuel que collectif.

► Le signalement des événements indésirables

La gestion des risques commence par le signalement de l'événement indésirable dans un système de notification local, régional ou national (vigilances et signalements réglementés³, accréditation des médecins, etc.). Dans le cas des établissements de santé, il est primordial de faire remonter ces signalements riches en informations sur les défaillances de leurs organisations (29, 30).

► L'investigation des causes

Une fois l'événement indésirable identifié, il convient d'effectuer une investigation du cas permettant d'analyser toutes les causes (immédiates et profondes) à l'origine de sa survenue. Au-delà du devoir éthique que représente l'identification des risques, cette investigation peut permettre d'éviter la récurrence de l'événement ou d'en limiter les conséquences et d'informer le patient sur les circonstances de survenue du dommage l'ayant affecté (31, 32). Plusieurs méthodes d'analyse des causes existent et sont documentées : ALARM (*association of litigation and riskmanagement protocol*), arbre des causes, etc.⁴ Au terme de l'analyse, il sera possible de déterminer si le dommage résulte de l'évolution naturelle de la maladie, des risques inhérents à l'exploration ou au traitement de la maladie (complication, aléa thérapeutique), de défaillances de l'organisation des soins ou encore de plusieurs facteurs associés. La combinaison de plusieurs facteurs étant fréquente, au-delà des causes immédiates, il est indispensable de rechercher les causes profondes du dommage afin de ne pas conclure trop rapidement à un événement indésirable inévitable (33).

► Une démarche collective constructive aux vertus curatives et pédagogiques

L'identification des causes peut tout à fait s'inscrire dans le cadre d'une démarche collective dont l'objectif est une amélioration des pratiques et non pas une recherche de faute : RMM (revue de mortalité et de morbidité), staff-EPP (staff-évaluation des pratiques professionnelles), groupes de pairs, travail au sein d'un réseau, etc. Cette recherche collective (idéalement multidisciplinaire et pluriprofessionnelle) des causes présente l'avantage d'intervenir comme un soutien au professionnel directement impliqué. En effet, le partage d'expériences et les conseils qui peuvent être échangés à cette occasion agissent comme une structure d'appui et permettent d'atténuer la souffrance du professionnel.

Lorsque l'investigation conclut à une erreur, il est capital que le professionnel ne soit pas isolé et stigmatisé. C'est d'autant plus important que l'analyse des événements indésirables montre que les causes sont majoritairement multifactorielles, rarement le fait d'un seul individu.

► L'amélioration des pratiques professionnelles

Lorsque les résultats de l'investigation laissent entrevoir un potentiel d'amélioration, l'ensemble des causes identifiées doit évidemment aboutir à la mise en œuvre d'un plan d'actions afin que l'événement indésirable ne survienne plus ou que ses conséquences soient moindres (actions de prévention ou de protection). Tout plan d'actions doit être évalué à intervalles réguliers afin de vérifier son efficacité. L'association « signalement + investigation des causes + mise en œuvre d'un plan d'actions + évaluation des actions correctives » est garantie d'une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Toutes ces démarches peuvent être valorisées dans le cadre de systèmes nationaux tels que le développement professionnel continu, la certification des établissements de santé et l'accréditation des médecins. Inscrire l'annonce d'un dommage associé aux soins dans une démarche de gestion des risques permet donc d'agir sur ses pratiques et de rendre le système de soins plus sûr même si le risque zéro n'existe pas.

3. La Direction générale de l'offre de soins publie un référentiel des textes applicables aux établissements de santé en matière de sécurité sanitaire : « Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable », édition n° 6 de mai 2009 réactualisée en 2010.

4. La Haute Autorité de Santé publie un guide « Méthodes et outils de la gestion des risques liés aux soins en établissement de santé » synthétisant les principales méthodes disponibles et explicitant leur usage.

1^{re} partie. La préparation à l'annonce

L'essentiel

- Tout professionnel doit être formé à l'annonce d'un dommage et à la gestion de ses émotions.
- Un soutien extérieur, des démarches collectives et de partage d'expériences seront recherchés.
- Chaque établissement de santé doit élaborer sa propre politique d'annonce d'un dommage associé aux soins, et communiquer autour. Cette politique doit notamment organiser le soutien aux professionnels impliqués.
- Après la survenue d'un dommage, l'atténuation des conséquences de l'événement indésirable constitue une priorité.
- La continuité des soins et l'identification des besoins du patient doivent être anticipées.
- Dans la mesure du possible, une phase préparatoire à l'entretien avec le patient est à planifier.

1. Avant tout accident

Durant sa carrière, tout professionnel sera certainement amené à gérer et annoncer un dommage à un patient. Il doit d'être préparé à cette situation pour ne pas se trouver désemparé.

► L'indispensable formation initiale et continue

Pour tous les professionnels de santé, la formation initiale et continue est un élément déterminant (31,34). Certains auteurs proposent que l'identification et l'annonce d'un dommage soient considérées comme une compétence médicale à part entière (35). Parce qu'il est difficile de savoir quoi dire à un patient victime d'un événement indésirable, chaque professionnel devrait acquérir au cours de son cursus universitaire et professionnel les compétences en communication nécessaires pour faire face à ces situations. L'écoute active, l'empathie, la communication dans des situations difficiles et le fait de se justifier face à un patient ne s'improvisent pas et doivent être enseignés avec pédagogie. La relation soignant-patient est un face-à-face qui renvoie chacun à sa propre humanité, avec ses forces et ses faiblesses. Comme toute activité humaine, la médecine, bien qu'ayant fait d'immenses progrès techniques, n'est pas infaillible et chaque professionnel doit se préparer à gérer et assumer un événement indésirable (36).

► Ce que doit apporter la formation des professionnels

La formation, qu'elle soit théorique ou empirique, doit prendre en compte deux paramètres importants : la communication avec le patient suite à un dommage mais aussi la reconnaissance et la gestion de ses propres émotions. Le premier volet de cette formation, l'annonce du dommage au patient, inclut l'apprentissage de la communication dans des situations difficiles, notamment en cas d'annonce en urgence ou face à un patient manifestant de l'agressivité. Il est également important d'apprendre à se comporter en tant que collègue d'un professionnel impliqué dans un événement indésirable et nécessitant du soutien. Cette formation doit être à la fois théorique et pratique, entretenue avec des sessions d'entraînement, notamment sous forme de simulation ou de groupes d'analyse de pratiques entre pairs. Chaque étape du processus d'annonce doit être passée en revue, depuis la préparation de l'annonce à l'entretien avec le patient, en passant par l'investigation des causes et l'élaboration d'un plan d'actions.

► En établissement de santé, mettre en œuvre une politique d'annonce d'un dommage...

Pour les établissements de santé, l'annonce d'un dommage au patient doit refléter la volonté d'ouverture et de transparence de l'institution et doit, à ce titre, être revendiquée et promue (37). La cible est double : l'ensemble des professionnels intervenant dans l'établissement et les patients. Une politique institutionnelle d'annonce doit être formalisée et diffusée en concertation avec l'ensemble des acteurs. Elle est adossée à la politique existante d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins définie par le représentant légal de l'établissement de santé et le président de la CME. Cette feuille de route suppose d'anticiper les circuits et les structures à mettre en œuvre. Elle doit clairement indiquer aux professionnels les objectifs et les étapes clés d'une annonce et doit recenser les moyens mis à leur disposition pour mener à bien cette démarche. L'institution doit tout mettre en œuvre pour créer un climat de confiance incitant au signalement des événements indésirables. Si l'impunité n'est pas de mise pour les professionnels, c'est la culture non punitive de l'erreur qui permettra à l'établissement de santé et aux équipes d'améliorer leurs pratiques. L'institution doit également s'engager à mener les investigations nécessaires de manière objective et à conduire les actions correctives indispensables pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, quitte à bouleverser certaines organisations. Les professionnels impliqués pouvant être amenés à ressentir une certaine détresse à l'origine de difficultés face au patient, une cellule de soutien devra impérativement être mise en place afin de leur apporter l'écoute, les conseils et les orientations nécessaires, sans oublier une proposition réitérée de soutien personnalisé indépendante de l'institution hospitalière pour les soignants directement impliqués (31, 32, 34) (cf. fiche technique : « Prise en charge des professionnels de santé, et en particulier des médecins »). Les psychiatres, médecins du travail ou autres professionnels appropriés pourront être mis à contribution dans ce soutien qui doit être d'emblée envisagé sur du long terme.

► ... et communiquer autour de cette politique

Les établissements de santé doivent promouvoir leur politique d'annonce et la porter à la connaissance des patients, *via* notamment leur livret d'accueil. Cette communication aura le mérite de rendre les patients acteurs de leur santé et de créer un lien entre eux et l'institution ce qui facilitera *a posteriori* l'annonce d'un dommage. En effet, communiquer « à froid » sur la politique de gestion des risques, notamment sur l'identification et le traitement des dysfonctionnements, permet au patient de réaliser que des erreurs sont possibles et inhérentes à l'activité humaine et que l'institution les prend en compte pour sécuriser les soins. Définir une politique de communication devra également permettre d'anticiper et de préparer l'établissement à une éventuelle pression médiatique, notamment dans le cas d'événements sériels.

► En ville, rechercher un soutien extérieur

Durant l'entretien avec le patient, le professionnel sera le plus souvent seul (cf. 2^e partie. La réalisation de l'annonce, § 1 : Qui participe au premier rendez-vous avec le patient ?). Cet isolement doit absolument être compensé par une recherche de soutien extérieur et une participation à des démarches collectives, quelle que soit leur forme : groupes d'analyse de pratiques, groupes de paroles, réseaux, unions régionales des professionnels de santé (URPS), ordres professionnels, associations, etc. Actuellement, le manque de structures visant à prendre en charge les professionnels en difficulté est à noter. Il est donc du ressort de chaque professionnel de rechercher activement ce soutien (cf. fiche technique : « Prise en charge des professionnels de santé, et en particulier des médecins »).

2. Lorsqu'un accident survient

Le premier entretien avec le patient doit, dans la mesure du possible, être soigneusement préparé afin de ne pas se retrouver dans une situation d'improvisation.

► Atténuation⁵ des conséquences et continuité des soins

Dès qu'un événement indésirable est survenu, qu'il a été détecté et identifié, chaque professionnel doit mettre en œuvre au plus vite des actions d'atténuation afin de limiter l'impact du dommage. De même, assurer la continuité des soins du patient est un élément essentiel de sa prise en charge et devra être envisagé en concertation avec lui. Lorsque le dommage est survenu en établissement de santé et avec le consentement du patient, le médecin traitant doit être averti rapidement pour organiser les soins post-hospitalisation.

5. Atténuation : repose sur des actions dont la mise en œuvre atténue les conséquences d'un événement indésirable associé aux soins (d'après Anaes, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, 2003).

► Rassembler l'ensemble des informations disponibles

En établissement de santé, cette préparation en amont est effectuée par l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle chargée du patient. Il s'agira notamment d'élaborer le plan de soins (au sein de l'établissement mais aussi en aval), de déterminer qui participera au(x) rendez-vous avec le patient et qui en assurera le suivi, d'entreprendre l'analyse des causes de l'événement indésirable et de compiler l'ensemble des faits connus et compris à ce stade, d'anticiper le moment et le lieu où l'annonce sera faite ainsi que la façon de la réaliser. Il est important également de regrouper les informations relatives au patient, notamment son vécu, afin de lui apporter le meilleur soutien possible et de mieux appréhender ses réactions. À cette occasion, la présence d'un interprète pour les patients maîtrisant peu ou pas la langue française pourra ainsi être anticipée.

Ce staff interne préparatoire doit se tenir au plus tôt après la survenue de l'événement indésirable pour que le premier rendez-vous avec le patient se déroule le plus rapidement possible (cf. 2^e partie. La réalisation de l'annonce, §3 : Quand se tient le premier rendez-vous avec le patient ?). Au préalable, il est indispensable que l'équipe soit à l'écoute des professionnels directement impliqués dans l'événement indésirable. Ce sera le facteur déterminant pour savoir quels professionnels participeront au(x) rendez-vous avec le patient, qui dirigera l'entretien, et quelle réponse l'institution sera en mesure d'apporter pour répondre aux besoins du patient.

Dans la plupart des cas, les professionnels exerçant en ville effectueront cette phase préparatoire seuls à moins de chercher le soutien de leurs confrères, notamment dans les cabinets de groupe. Quelle que soit la situation, l'objectif demeure inchangé : anticiper le(s) rendez-vous avec le patient en recensant l'ensemble des données sur l'événement indésirable, et prévoir la continuité des soins.

La prise de rendez-vous avec le patient doit être effectuée par le professionnel qui mènera l'entretien, sans toutefois entamer le rendez-vous d'annonce. Il convient donc d'expliquer au patient que l'on souhaite s'entretenir avec lui sur des faits inhérents à sa prise en charge, sans dévoiler de manière parcellaire le contenu de l'entretien.

► Une préparation à moduler selon le degré d'urgence

Quel que soit le lieu d'exercice – en établissement de santé ou en ville – cette étape préparatoire est modulable selon l'urgence du cas. En effet, certains types de dommages exigeront une communication des plus rapide avec le patient et amèneront les professionnels à renoncer dans l'immédiat à cette étape intermédiaire. Si cette étape n'est pas réalisée en première intention, elle devra toutefois avoir lieu ; l'information délivrée en urgence devant nécessairement être traitée dans un deuxième temps de manière plus apaisée (cf. 2^e partie. La réalisation de l'annonce, §6 : L'annonce immédiate).

2^e partie. La réalisation de l'annonce

L'essentiel

- **Qui ?** → C'est le professionnel responsable des soins délivrés au patient qui est le plus à même de mener l'entretien avec ce dernier. Selon le lieu d'exercice, et avec l'accord du patient, le professionnel sera seul ou accompagné de membres de son équipe.
- **Où ?** → Dans un lieu calme et dédié.
- **Quand ?** → Au plus tôt, de préférence dans les 24 heures suivant la détection du dommage, et toujours dans le respect des délais légaux de 15 jours.
- **Quoi, comment ?** → La sincérité, l'écoute et l'empathie sont des mots clés en termes d'attitude à adopter. La communication se fait autour de faits connus et vérifiés. Les professionnels reconnaissent le dommage subi, en expliquent les causes et les conséquences pour le devenir du patient, lui assurent que sa souffrance ne sera pas vaine et servira le cas échéant à améliorer les pratiques. L'expression de regrets voire la présentation d'excuses en cas d'erreur avérée sont indissociables du processus d'annonce.
- Les professionnels doivent répondre aux besoins du patient et donc lui proposer un soutien médical, psychologique, social ou spirituel.
- Un référent ainsi que des rendez-vous de suivi sont proposés au patient le cas échéant.
- L'échange avec le patient est tracé dans le dossier médical.
- Les équipes débriefent après l'entretien et partagent les informations échangées.

Savoir communiquer avec le patient au moment de l'annonce d'un dommage est une étape cruciale pour préserver une relation de confiance. Le premier rendez-vous pourra être le premier d'une série plus ou moins longue, l'annonce d'un dommage devant être envisagée comme un processus de communication continu. L'objectif est triple : informer, soutenir le patient, panser et consolider la relation avec lui.

1. Qui participe au premier rendez-vous avec le patient ?

Quel que soit le contexte, le patient devra être informé avant le rendez-vous des personnes pressenties pour assister à l'entretien. En effet, si le patient ne souhaite pas la présence de certaines personnes, celles-ci devront s'abstenir de toute participation. Le patient doit également être informé par les professionnels qu'il peut être accompagné lors de l'entretien : proche, personne de confiance, conseil médical, associatif, etc. Son choix doit alors impérativement être respecté.

► En établissement de santé

Le choix des professionnels qui prendront part au rendez-vous d'annonce avec le patient dépend de plusieurs facteurs : le type d'événement indésirable rencontré, la politique locale de l'institution, le degré de bouleversement du professionnel impliqué, la gravité du dommage, le type d'hospitalisation. Dans la situation habituelle, c'est le médecin chargé du patient et ayant noué la relation la plus suivie avec ce dernier qui est la personne la plus apte à effectuer l'annonce et à mener l'entretien.

Cependant, certains cas particuliers peuvent amener un autre professionnel à effectuer l'annonce du dommage. C'est notamment le cas suite à une erreur avérée impliquant un infirmier ou un autre personnel paramédical. Dans cette situation, s'il s'en sent capable, il est souhaitable qu'il puisse participer à l'annonce et échanger avec le patient, sous l'égide et la responsabilité du médecin chargé du patient et suite à une concertation avec le cadre de santé. Dans le cas où le médecin responsable du patient n'est émotionnellement pas apte à assumer cette charge ou est absent, un autre médecin expérimenté peut assumer cette fonction. Il est alors d'autant plus essentiel qu'il dispose de l'ensemble des informations médicales disponibles afin de répondre le plus précisément possible au patient.

Selon la politique d'annonce de l'établissement et selon la nature et la gravité du dommage, un membre de la direction, de la CME ou le coordonnateur de la gestion des risques peuvent assister au rendez-vous avec le patient pour démontrer l'implication de l'établissement. Si la politique d'annonce de l'établissement va à l'encontre d'une de ces représentations durant l'entretien avec le patient, il pourra cependant lui être proposé une rencontre dans les suites immédiates de ce premier échange avec un membre de la direction, de la CME ou le coordonnateur de la gestion des risques. Dans tous les cas, les responsables du pilotage administratif et médical de l'établissement doivent être informés au plus tôt de l'événement indésirable et de sa gestion. Le coordonnateur de la gestion des risques quant à lui, s'il ne participe pas au rendez-vous, apportera un support méthodologique utile lors de l'investigation des causes (38). Il peut également être fait appel à un ou des tiers, tels que le médiateur médical ou non médical de l'établissement ou un représentant de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), pour régler certaines situations conflictuelles.

L'annonce d'un dommage survenu dans le cadre d'une hospitalisation à domicile suit les mêmes principes que ceux énumérés ci-dessus mais avec des professionnels qui seront amenés à réaliser l'annonce seuls ou en équipe (pouvant comprendre le médecin coordonnateur, le médecin traitant du patient, le cadre de santé, etc.). Quelle que soit la configuration, dont l'appréciation finale appartient au patient, les professionnels concernés par l'annonce pourront bénéficier du soutien de l'établissement de santé et des équipes.

Si les possibilités sont nombreuses et laissées à l'appréciation de l'établissement conformément à sa politique d'annonce, il est important qu'un professionnel ne reste pas seul face au patient, sans qu'il y ait pour autant plus de 3 personnes assistant au rendez-vous afin de ne pas donner au patient une impression d'écrasement. En revanche, la prise en charge du patient étant du ressort d'une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle, l'ensemble de l'équipe doit être associée aux phases en amont et en aval de l'annonce.

► Le cas des étudiants et internes

Les étudiants et internes peuvent assister aux rendez-vous d'annonce, s'exprimer face au patient s'ils sont concernés par la survenue du dommage mais ils ne doivent en aucun cas réaliser seuls une annonce. C'est un professionnel du même métier et de profil senior, ayant pris en charge le patient, qui encadre et porte la responsabilité du rendez-vous.

► En ville

Bien qu'il soit recommandé de ne pas rester seul face au patient durant l'annonce d'un dommage, cette situation ne s'adapte guère aux soins de ville où l'entretien d'annonce prendra le plus souvent la forme d'un face-à-face entre le professionnel et le patient, reflétant ainsi la situation habituelle.

Si le professionnel souhaite s'appuyer durant l'entretien sur un tiers, cela risque de dénaturer la relation existante, et de faire perdre en « humanité » ce qui sera gagné en compétences. Tout en s'adaptant aux besoins du patient, le soutien d'un autre professionnel devrait plutôt être recherché en dehors du rendez-vous d'annonce, en amont comme en aval.

2. Où se déroule le premier rendez-vous avec le patient ?

L'annonce d'un dommage au patient étant un moment difficile, il faut autant que possible le dégager de tout tumulte et placer chacun en situation d'égalité. Les établissements de santé doivent mettre à la disposition du patient et des professionnels impliqués un lieu tranquille, confortable et propice à la confidentialité. Il convient que la pièce choisie ne soit ni un lieu de passage, ni un endroit où seront dérangées les personnes présentes durant l'entretien avec le patient. Dans cette perspective, la pièce doit être exempte de téléphone. Une chambre seule pour les patients hospitalisés et un bureau dédié pour la prise en charge ambulatoire paraissent alors appropriés. Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, le domicile du patient est le lieu le plus adapté pour effectuer l'annonce mais la possibilité d'une rencontre dans l'établissement de santé ou au cabinet du médecin traitant peut être proposée au patient.

Pour les professionnels exerçant en ville, l'annonce d'un dommage s'insérant dans une relation existante, le lieu à privilégier est celui où se déroule habituellement la consultation ou l'acte technique, c'est-à-dire au cabinet du professionnel ou au domicile du patient.

3. Quand se tient le premier rendez-vous avec le patient ?

Le premier rendez-vous avec le patient doit être programmé dès que l'état physique et psychologique de celui-ci le permet, le plus tôt possible après la détection de l'événement indésirable, de préférence dans les 24 heures et au plus tard 15 jours après conformément à l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique, ou la demande expresse du patient. En cas de décès, le rendez-vous avec les ayants droit doit être immédiat.

Lorsqu'un patient a subi un dommage associé aux soins, surtout s'il en est pleinement conscient, un délai trop important avant la réalisation de l'annonce ne fait qu'accroître son angoisse, voire sa colère. Pour son bien-être et pour limiter le risque de conflit, il revient donc aux professionnels de communiquer au plus vite.

En ville, selon le degré d'urgence médicale ou relationnelle, le professionnel doit avoir une attitude proactive et agir rapidement dans le respect de la relation habituelle et des délais légaux. L'annonce peut s'effectuer au cours de la prochaine consultation du patient ou, si le patient consulte irrégulièrement, lors d'un rendez-vous provoqué à cet effet.

4. Comment réaliser l'annonce ?

Annoncer au patient la survenue d'un dommage associé aux soins requiert savoir-faire et savoir-être. L'entretien avec le patient doit à la fois permettre de l'informer sur l'événement indésirable et lui apporter écoute et soutien. Dans cette perspective, il est indispensable de donner au patient tout le temps dont il a besoin pour comprendre et s'exprimer, sans restriction. Les professionnels doivent donc prévoir un temps suffisamment long pour permettre un échange fait d'explications et de questions.

► **Savoir-être**

Dès le début de l'entretien, il est important d'employer un langage clair et accessible pour le patient. Il faut être vigilant aux mots employés qui vont marquer durablement l'esprit du patient et veiller à ne pas employer de « jargon » médical qui crée une distance entre le professionnel et le patient. De même, le professionnel devra prêter une attention particulière à son langage corporel (gestes, postures, expressions faciales, ton de la voix, rythme de l'élocution, tenue vestimentaire, etc.) qui complète le message verbal et doit véhiculer sincérité et prédisposition à l'écoute.

Un dialogue équilibré doit s'instaurer entre le professionnel et le patient, laissant place à l'échange, à l'écoute et non au monologue (cf. fiche technique : « L'écoute active »). Tout devra être mis en œuvre pour que le patient puisse faire part de ses émotions (y compris la colère et l'agressivité) liées à l'impact du dommage sur tous les aspects de sa vie (39). Selon la gravité du dommage subi, il est possible que le patient entre dans un processus de deuil. Le professionnel devra donc se préparer à accompagner un patient dont les réactions pourront être complexes (cf. fiche technique : « Les réactions prévisibles des patients »).

Selon la gravité du dommage et son impact psychologique, le patient peut, au cours du premier entretien, être plus réceptif à l'attitude générale du professionnel qu'au contenu des informations qui lui sont délivrées. Le savoir-être du professionnel peut donc prendre une place primordiale au cours de l'entretien (1).

► **Présentation des professionnels en présence**

L'entretien débute avec une présentation des participants à la réunion, leurs fonctions et la raison de leur présence.

► **Reconnaissance du dommage**

Après avoir synthétisé l'historique médical du patient (motifs, objectifs et déroulé de sa prise en charge), la première étape est de reconnaître le dommage subi en s'exprimant avec sincérité et empathie. À titre d'exemple, il peut être énoncé « nous regrettons que vous ayez vécu une expérience aussi difficile », l'important étant que le patient ressente l'attention et l'intérêt qui lui sont portés tant sur le plan physique que psychologique.

► Description des faits

Ensuite, les faits connus et sûrs doivent être décrits au patient. À ce stade, il doit comprendre quel dommage il a subi et quelles en sont les implications pour son devenir : « Voici ce qui s'est passé, et ce que cela signifie pour votre santé. » Si les résultats de l'analyse de l'événement sont disponibles, les causes à l'origine du dommage peuvent d'ores et déjà être expliquées. Dans le cas où des points critiques ont été mis en exergue, il faut assurer au patient qu'un plan d'actions correctives sera mis en place afin que l'événement indésirable ne puisse pas se renouveler et que la qualité et la sécurité des soins soient améliorées : « Nous ferons tout notre possible pour éviter que cela ne se reproduise. »

Lorsque les causes du dommage demeurent inconnues ou incertaines à ce stade, il est important d'annoncer qu'une investigation est en cours pour comprendre pourquoi l'événement indésirable est survenu. Dans l'attente de ces résultats, les professionnels ne doivent en aucun cas spéculer sur des faits non vérifiés.

► Expression de regrets/présentation d'excuses

Face à un patient ayant subi un dommage, quelle qu'en soit l'origine (dommage résultant de complications liées à la pathologie du patient, d'un aléa thérapeutique ou d'une erreur), exprimer des regrets avec sincérité et empathie est un des éléments clés du processus d'annonce qui participe à la reconnaissance du dommage et contribue à sceller une relation de confiance : « Nous tenons à vous dire à quel point nous sommes désolés, ce n'est pas ce que nous espérons pour vous. »

Lorsqu'une erreur ou une défaillance de la prise en charge a été mise en évidence à l'issue de l'investigation des causes, en complément des regrets, il convient de présenter des excuses au patient. Bien que présenter des excuses soit intuitivement la bonne chose à faire, elle n'en demeure pas moins difficile, notamment en raison de l'ambiguïté induite par les sens possibles du mot « responsabilité ». Présenter des excuses ne signifie en aucun cas reconnaître une responsabilité médico-légale⁶ que seul un juge est habilité à déterminer, mais adopter un comportement éthiquement responsable, respectueux et humain. Le professionnel ne dira donc pas « je vous présente mes excuses, c'est ma faute », mais plutôt « je vous présente mes excuses pour ce qui s'est passé ». Les excuses peuvent être formulées au nom d'une équipe, de l'établissement de santé ou à titre individuel selon le cas.

Si l'humanité de la relation soignant-patient ne réside pas dans le formalisme, il n'en demeure pas moins que présenter des excuses est une valeur à atteindre. Faisant partie des attentes clairement identifiées par les patients en cas d'erreur avérée, les excuses leur permettent de comprendre l'origine de l'événement indésirable et contribuent à leur apaisement (23, 40-45).

► Continuité des soins

Le plan de soins doit être décidé en concertation avec le patient, qu'il s'agisse de la thérapeutique envisagée, des professionnels intervenant ou du lieu de prise en charge. Le patient doit donc être informé qu'il a la possibilité, s'il le souhaite, d'être pris en charge par un autre professionnel ou un autre établissement de santé de son choix.

► Proposition d'offres de soutien

Les professionnels ne maîtrisant pas tous les aspects de la vie du patient, la représentation qu'ils se font du dommage peut être différente de celle du patient. En effet, ce qui peut paraître anodin pour les professionnels ne le sera pas pour le patient, si bien que les conséquences du dommage doivent toujours être considérées du point de vue du patient (1). Les professionnels doivent alors prendre en compte ses besoins et ses attentes, qu'il s'agisse d'un soutien médical, psychologique, social, ou spirituel. Dans cette perspective, un suivi par un psychologue, un assistant social ou un représentant du culte peut être proposé au patient selon ses souhaits.

Pour les établissements de santé qui le souhaitent, dans le cas où le dommage résulte d'une erreur, il peut être proposé au patient un soutien matériel dont la nature est laissée à l'appréciation de l'établissement, après concertation et en accord avec l'assureur. En effet, si ce geste matériel est à distinguer de l'indemnisation que pourrait éventuellement percevoir le patient par la suite, il pourra atténuer son sentiment d'injustice.

6. La responsabilité juridique est établie par une juridiction lorsque trois conditions sont réunies : une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux.

► Finalisation de l'entretien

À la fin de l'entretien, le besoin de rendez-vous ultérieurs peut être identifié. Dans ce cas, le patient doit être informé de la possibilité d'organiser des rendez-vous de suivi (cf. 3^e partie. Les suites de l'annonce). Il doit également être proposé au patient un référent qui aura la charge de suivre son dossier, l'informer des avancées de l'investigation et sera à sa disposition pour répondre à ses questions. Les coordonnées du référent choisi sont remises au patient à l'issue de l'entretien. Pour clore le rendez-vous, les professionnels passent en revue l'ensemble des informations délivrées au patient et s'assurent qu'elles ont été comprises, que le patient n'a plus de questions et que ses besoins ont bien été pris en compte. Par ailleurs, il conviendra d'indiquer au patient, le cas échéant, les contacts à même de l'orienter sur les voies de recours envisageables.

5. Immédiatement après l'annonce

► Traçabilité et accès au dossier médical

En application de l'article L. 1111-7, toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et des établissements de santé [...]. Dans cette perspective, les professionnels doivent donc attacher une attention particulière à la traçabilité de l'annonce dans le dossier médical.

S'il ne s'agit pas de retracer les échanges au mot près, il est cependant important de documenter le jour, l'heure et le lieu du rendez-vous ; l'identité des personnes présentes ; les faits présentés ; les offres de soutien et les réactions ; les questions soulevées et les éléments de réponses fournis ; le plan de suivi ainsi que les coordonnées du référent.

► Débriefing des équipes

En établissement de santé, une réunion de l'équipe intervenant dans la prise en charge du patient est à prévoir suite à l'entretien, pour non seulement offrir aux professionnels une « cellule de soutien » mais aussi prolonger sur du long terme la politique d'annonce de l'établissement vers une réflexion éthique. Faire collectivement le point permet de faciliter l'expression des émotions des professionnels impliqués, de préparer la continuité des soins, de partager de l'information – en particulier pour les personnes n'ayant pas été présentes à l'entretien avec le patient mais en contact régulier avec lui –, de poursuivre l'investigation des causes et, le cas échéant, de mettre en œuvre un plan d'actions.

Ce débriefing est important car il permet également de crédibiliser l'équipe auprès du patient. En effet, la littérature rapporte le cas du personnel infirmier qui est souvent écarté des rendez-vous avec le patient et non tenu informé des échanges avec ce dernier. Ce personnel se retrouve alors rapidement en difficulté face au patient lui posant des questions auxquelles il n'a aucune réponse à apporter (46). Le pluriprofessionnalisme de la prise en charge du patient doit donc se retrouver durant tout le processus d'annonce.

En ville, il appartient à chaque professionnel de rompre son isolement par une recherche de soutien extérieur et de partage d'expériences (cf. 1^{re} partie. La préparation à l'annonce § 1 : Avant tout accident).

6. L'annonce immédiate

En cas d'accident nécessitant des mesures d'urgence (erreur avérée de site opératoire, erreur de produit administré, etc.), le processus d'annonce reste inchangé mais toutes les étapes menant au rendez-vous doivent être condensées pour aboutir à une information des plus rapide. Dans un tel cas de figure, l'annonce peut être immédiate, réalisée par le(s) professionnel(s) sur place au moment de la détection de l'événement, au bloc opératoire, en salle de réveil, au lit du patient hospitalisé, en consultation ou encore au domicile du patient.

Le risque d'une communication en urgence, non préparée, est d'employer des mots non ou mal appropriés. Pour éviter toute maladresse et anticiper dans la mesure du possible ces situations délicates et stressantes, chaque professionnel devrait identifier *a priori* les situations à risque⁷ auxquelles il pourrait être confronté au cours de son activité et s'y préparer concrètement par des simulations. Cette réflexion en amont lui permettra de préparer au mieux son attitude et ses propos face au patient et ainsi de ne pas se retrouver en situation d'improvisation.

7. Situation non souhaitée dont la survenue, résultant d'un ou plusieurs événements à l'occurrence incertaine, est susceptible de causer des dommages.

Dans tous les cas, quelle que soit la gravité du dommage et le ressenti du professionnel à l'issue de l'annonce, le débriefing en équipe est un moment à favoriser. De même, une annonce dans l'urgence requiert obligatoirement une deuxième rencontre avec le patient pour reprendre dans un contexte plus apaisé les informations qui lui ont été délivrées.

7. L'annonce d'un dommage causé par un tiers

Il peut arriver que le dommage à annoncer ait été causé par d'autres professionnels, d'autres structures ou par un produit de santé non prescrit par le professionnel qui réalise l'annonce. Dans ce cas, la démarche est semblable puisqu'il faut œuvrer dans l'intérêt du patient. Il convient donc de l'informer rapidement et en toute transparence de ce qui s'est passé mais sans blâmer le professionnel en question, ni spéculer sur les éventuelles responsabilités. S'il s'avère possible que le professionnel concerné soit présent à l'entretien, la discussion avec le patient sera menée par les deux professionnels (ce qui peut être couramment le cas en établissement de santé lorsqu'il s'agit de deux professionnels de deux unités de soins distinctes). Dans tous les cas, le plan de soins doit être décidé conjointement avec le patient et le professionnel nouvellement en charge du patient doit exprimer empathie et regrets. En guise de retour d'expérience, le professionnel à l'origine du dommage doit être informé des risques inhérents à sa pratique afin d'en améliorer la sécurité.

3^e partie. Les suites de l'annonce

L'essentiel

- L'annonce d'un dommage peut s'inscrire dans la durée. Dans ce cas, des rendez-vous de suivi sont à prévoir.
- Le référent désigné fournit au patient l'ensemble des informations manquantes lors du 1^{er} rendez-vous et met tout en œuvre pour que les offres de soutien deviennent effectives. Il renouvelle l'expression de regrets ou d'excuses lorsque c'est approprié.
- Avec le consentement du patient, le médecin traitant est informé du dommage et de ce qui lui a été dit.
- Les rendez-vous de suivi sont tracés dans le dossier médical.
- Le retour d'expérience aux professionnels concernés, l'évaluation et la mesure d'impact de la démarche sont organisés.

Lorsque le patient en exprime le besoin, lorsque l'investigation des causes était incomplète lors du premier rendez-vous avec le patient, lorsque l'organisation des aides offertes au patient tarde à se mettre en place ou pour toute autre raison, des rendez-vous de suivi doivent être organisés. L'annonce d'un dommage est alors envisagée comme l'une des premières étapes d'un dialogue dans le temps ; un processus continu et non pas un point isolé dans la relation soignant-patient. Ces rendez-vous de suivi présentent l'avantage de sécuriser le patient et lui démontrent l'intérêt porté à son cas.

► Objectifs et déroulement des rendez-vous de suivi

Les rendez-vous de suivi sont menés par le référent désigné durant l'entretien initial avec le patient. Ils ont vocation à fournir les informations manquantes lors du premier rendez-vous, notamment les résultats de l'investigation des causes, à décrire le plan d'actions correctives mis en place si cela n'a déjà été fait, à conforter le patient dans les offres de soutien qui lui ont été faites. Tant que le processus d'annonce dans son intégralité ne sera pas abouti, des rendez-vous de suivi seront organisés avec le patient.

Dans le cas particulier d'une erreur avérée, il peut être proposé au patient, suite au premier rendez-vous, de rencontrer un autre professionnel, sous réserve que ce dernier ait déjà été en contact avec lui. Ce nouvel interlocuteur pourra alors jouer la fonction facilitatrice de tiers extérieur.

Ces rendez-vous de suivi peuvent s'effectuer au domicile du patient ou sur le lieu de l'exercice du référent. Si l'événement indésirable nécessite une investigation s'échelonnant sur plusieurs mois et si le patient ne réside pas à proximité du lieu de survenue du dommage, les rendez-vous intermédiaires pourront alors s'effectuer par téléphone, en s'assurant bien entendu de la bonne identité de la personne. Le rendez-vous qui sera considéré comme le dernier devra toutefois être signifié en tant que tel au patient et devra se tenir en face-à-face. Tout au long des rendez-vous de suivi, les professionnels renouvellent l'expression de regrets si le dommage est lié à une complication ou à un aléa thérapeutique ou des excuses si une erreur a été commise. La communication envers le patient doit toujours être empreinte de sincérité, de transparence et d'empathie.

Il ne faut pas que les professionnels s'étonnent de réactions divergentes de la part du patient, reflétant le plus souvent sa souffrance. Le premier rendez-vous a pour vocation d'annoncer le dommage au patient. Entre ce premier rendez-vous et les rendez-vous de suivi, le patient va mûrir les informations qui lui ont été communiquées, le plus souvent sous l'influence de son entourage qui sera plus ou moins aidant pour son rétablissement. Bien que le patient puisse réagir différemment entre plusieurs rendez-vous, cette différence de comportement ne doit pas s'avérer déstabilisante pour les professionnels.

► Traçabilité et accès au dossier médical

Quel que soit le nombre de rendez-vous organisés, chacun devra être soigneusement tracé dans le dossier médical du patient auquel ce dernier pourra accéder (cf. 2^e partie. La réalisation de l'annonce, § 5 : Immédiatement après l'annonce).

► Liaison avec les professionnels de ville

Si le dommage est survenu en établissement de santé, le médecin traitant du patient doit être prévenu au plus tôt et impliqué avec le patient dans l'organisation des soins en aval. Dans le cas d'un dommage résultant d'un soin de ville et ne concernant pas le médecin traitant, le lien avec ce dernier ne doit jamais être rompu. Dans tous les cas, et avec le consentement du patient, le médecin traitant mais aussi le cas échéant les auxiliaires médicaux doivent être informés du dommage et des éléments qui lui ont été communiqués.

► Retour d'expérience aux professionnels

Pour les établissements de santé, dans le cadre de leur politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un retour d'information vers les professionnels concernés est à prévoir une fois que l'analyse des causes des événements indésirables recueillis a été finalisée. Ce partage des enseignements contribue à l'implication des professionnels dans la gestion des risques et diffuse une culture de l'apprentissage par l'erreur, développant ainsi une culture de sécurité des soins.

► Évaluation et impact de la démarche

Toute nouvelle démarche mise en œuvre doit voir son efficacité mesurée afin d'apporter éventuellement des actions d'amélioration. A-t-on bien informé ? Aurait-on pu faire mieux ? Quel impact pour le patient ? Selon le lieu d'exercice, quel impact pour le(s) professionnel(s), l'équipe, le service, l'établissement de santé ? Aussi, à distance des rendez-vous d'annonce avec le patient, les répercussions sur les soignants, tant sur le plan psychologique que professionnel, devront être analysées afin d'associer les propositions de soutien les plus appropriées.

Plusieurs indicateurs peuvent être envisagés pour la démarche d'annonce d'un dommage associé aux soins : suivi du nombre de plaintes et réclamations, suivi du nombre d'événements indésirables déclarés, suivi du nombre d'événements indésirables analysés, etc. Des enquêtes de satisfaction à destination des patients et des soignants peuvent permettre d'évaluer la qualité de la démarche mise en œuvre.

L'évaluation de l'impact de la démarche permet donc à chaque professionnel de se positionner dans une boucle d'amélioration continue de ses pratiques, et d'entretenir une relation constructive avec les patients ayant subi un dommage.

En synthèse. À faire/À ne pas faire

À faire

Voici les points clés du processus d'annonce. Il est important de ne pas oublier que cette démarche est centrée sur les besoins du patient, et nécessite donc un ajustement au cas par cas.

La préparation à l'annonce

- En établissement de santé, élaborer une politique d'annonce d'un dommage associé aux soins qui décrit les objectifs, le déroulement de la démarche, les moyens mis à disposition, notamment pour le soutien aux professionnels impliqués. Prévoir des actions de communication autour de cette politique.
- Se former à la gestion d'un dommage (gestion des risques et communication avec le patient).
- Rechercher le partage d'expériences auprès d'autres collègues, favorisant ainsi soutien, conseils et amélioration des pratiques.
- Après la survenue d'un dommage, atténuer les conséquences de l'événement indésirable, tout en anticipant la continuité des soins.
- Entreprendre l'analyse des causes de l'événement indésirable.
- Selon le degré d'urgence, préparer l'entretien avec le patient : synthétiser les faits connus et certains, déterminer qui assistera au rendez-vous et qui le dirigera, planifier le moment et le lieu du rendez-vous, décider de ce qui sera dit au patient, anticiper ses besoins (notamment linguistiques avec la présence d'un interprète, etc.).

La réalisation de l'annonce

- Disposer de suffisamment de temps pour permettre au patient de s'exprimer et poser des questions.
- Être à l'écoute du patient et utiliser un langage compréhensible (à adapter en fonction de son interlocuteur).
- Adopter une attitude sincère, transparente et empathique.
- Se prononcer sur des faits connus et vérifiés.
- Reconnaître le dommage subi par le patient et exprimer des regrets.
- Expliquer les causes connues du dommage et les conséquences pour le devenir du patient.
- En cas d'erreur avérée, présenter des excuses.
- Le cas échéant, assurer au patient que des actions d'amélioration seront entreprises.
- Selon les besoins, proposer au patient un soutien médical, psychologique, social ou spirituel.
- Proposer au patient un référent unique pour le suivi de la démarche.
- Tracer l'échange avec le patient dans le dossier médical.
- Débriefing en équipe suite à l'entretien avec le patient et partager les informations échangées avec lui.

Les suites de l'annonce

- Prévoir des rendez-vous de suivi avec le patient lorsque le besoin est identifié.
- Fournir des informations additionnelles à mesure qu'elles sont connues.
- Informer le patient des actions correctives mises en œuvre si l'investigation des causes n'était pas achevée lors du 1^{er} rendez-vous.
- Mettre en œuvre les offres de soins et de soutien proposées.
- Rétérer ses regrets voire présenter de nouveau des excuses.
- Avec l'accord du patient, informer le médecin traitant du dommage et de ce qui lui a été dit.
- Tracer les rendez-vous de suivi dans le dossier médical.
- Sur du long terme, organiser le retour d'information aux professionnels concernés, l'évaluation et la mesure d'impact de la démarche.
- Se préoccuper des suites psychologiques et professionnelles des soignants impliqués dans la prise en charge du patient.

À ne pas faire

La conduite à ne pas tenir peut s'opposer symétriquement aux précédentes préconisations. Cependant certains points méritent d'être signalés.

- Nier ses propres émotions ou les renvoyer au patient en guise de « défense ».
- Rester isolé alors qu'un soutien extérieur serait nécessaire.
- Refuser que le patient soit accompagné lors de l'entretien d'annonce du dommage.
- Manifester de l'agressivité.
- Utiliser le jargon médical.
- Spéculer sur les faits.
- Blâmer une personne.
- Nier ou dissimuler le dommage du patient.
- Culpabiliser le patient.
- Nier sa propre responsabilité le cas échéant.
- Fournir au patient des informations contradictoires.

Annexe 1. Témoignages

► Deux témoignages sont proposés :

- 1 témoignage négatif de patient : cas d'un défaut de communication envers le patient malgré sa demande ;
- 1 témoignage positif de professionnel : cas d'une annonce qui préserve la relation soignant-patient.

Ces témoignages n'ont aucune valeur d'exemplarité : ils ne témoignent ni d'une conduite à suivre en termes de communication avec le patient ni des pratiques professionnelles recommandées, mais relatent une histoire, mettant ainsi en évidence les aspects délétères d'une annonce manquée et les bénéfices retirés d'une annonce satisfaisante pour le patient.

Témoignage par un patient d'une communication manquée

Une jeune femme enceinte se présente dans un établissement pour accoucher de son deuxième enfant. La grossesse a été bien suivie et n'a posé aucune difficulté.

Elle entre en salle de travail accompagnée de son époux. L'enfant présente une altération du rythme cardiaque fœtal, dans un contexte de dystocie. Devant la suspicion de souffrance fœtale, le personnel annonce qu'il va procéder à une césarienne et demande à l'époux de se retirer.

Ils n'ont pas le temps de commencer la césarienne : l'enfant est extrait et survient une hémorragie de la délivrance sévère et brutale.

L'époux, voyant l'équipe médicale s'affoler, interroge :

☞ « Que se passe-t-il ? »

☞ « Rien, monsieur, rentrez chez vous. Tout va bien. Revenez demain ».

Le lendemain, il revient à la clinique. L'enfant se porte bien. **Son épouse, en revanche, est en larmes :**

☞ « Je ne sais pas ce qui se passe, ce qui s'est passé. On m'a emmenée au bloc. Je ne sais pas pourquoi. On m'a donné un nom scientifique, je ne sais pas ce que cela veut dire. »

☞ Le mari interroge donc l'infirmière : « Bah, on lui a fait une hystérectomie ! »

Le médecin entre dans la chambre et répond aux questions du mari :

☞ « On a fait ce qu'il fallait faire. »

☞ « Mais vous avez fait quoi ? C'est quoi une hystérectomie ? »

☞ « C'est ce qu'il fallait faire, il y avait une hémorragie, c'est la bonne pratique dans ces cas-là. »

Sans avoir obtenu de véritable réponse, la maman rentre au domicile et consulte Internet. Elle découvre alors ce qu'est une hystérectomie et les conséquences d'une telle intervention.

Quelques jours plus tard, elle a rendez-vous avec le médecin qui l'a accouchée. Elle l'interroge de nouveau sur ce qui s'est passé, sur le pourquoi d'une pratique si radicale. La réponse est identique sans autres explications, voire avec de l'agacement dans le ton du professionnel : « C'est ce qu'il fallait faire et c'est tout ».

À défaut d'informations plus précises, sans même arriver à comprendre ce qui a justifié une telle mesure qui lui interdit désormais de donner de nouveau naissance à un enfant, cette femme saisit la CRCI.

C'est seulement lors de l'expertise qu'elle comprend enfin : c'est le médecin expert désigné par la CRCI qui prend le temps de lui expliquer que l'hémorragie était telle que sans l'hystérectomie, elle serait décédée. L'équipe médicale n'avait pas d'autre solution.

La femme décide d'arrêter la procédure à ce moment-là. Elle a expliqué que si on l'avait informée de ce qui allait lui être fait, et des raisons pour lesquelles il fallait le faire, elle aurait évidemment consenti à une telle intervention et n'aurait pas par la suite engagé une voie de recours.

Encore aujourd'hui, elle ne comprend toujours pas pourquoi il lui a fallu aller jusqu'en CRCI pour être informée de ce qu'elle avait subi.

Témoignage par un professionnel d'une annonce bien acceptée par le patient

Mme K., 57 ans, est suivie depuis une vingtaine d'années à l'hôpital pour un syndrome de Moya-Moya (rétrécissement progressif des artères du cerveau) diagnostiqué en raison de son hypertension artérielle précoce (à 30 ans) et de décès soudains dans sa famille avant l'âge de 60 ans.

Elle est sous traitement antihypertenseur et clopidogrel (Plavix®) de façon préventive, car sa mère, atteinte du même syndrome, est décédée brutalement à l'âge de 50 ans.

Je suis son médecin généraliste et celui de toute sa famille (enfants, mari, parents, frères et sœurs) depuis plus de 20 ans.

Le dentiste de Mme K. m'appelle un soir pour me demander si elle peut arrêter le clopidogrel quelques jours avant des ablations dentaires importantes.

Je réponds affirmativement, compte tenu de l'absence de tout symptôme ou complication de son syndrome de Moya-Moya depuis que je la connais, et devant l'urgence des soins dentaires.

Trois jours plus tard, sa fille âgée de 30 ans m'appelle pour me dire que sa mère est hospitalisée en réanimation ; elle ne sait pas ce qu'elle a, elle est tombée brutalement dans le coma à son domicile la veille au soir. Je lui réponds que je m'informe et la tiendrai au courant.

J'appelle aussitôt le service où est hospitalisée Mme K., et apprends que l'arrêt du clopidogrel est certainement à l'origine de l'accident vasculaire sévère qu'elle a fait.

Dès le lendemain matin, je me rends à l'hôpital pour, d'une part, rencontrer le médecin du service (qui me met directement en cause), et surtout pour voir Mme K. qui est sortie du coma mais dans un état hémiparétique et aphasique.

Je joins donc immédiatement sa fille et lui explique au téléphone :

- dans quel état est sa maman (avant donc que la famille ne soit allée à l'hôpital) ;
- que l'arrêt (que j'ai malheureusement conseillé) de son traitement préventif est en grande partie la cause de son accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- que je suis sincèrement désolée pour toute la famille, pour laquelle j'ai beaucoup de sympathie ;
- que je suis responsable de son état ;
- que je m'informerai chaque jour de l'évolution et les en tiendrai au courant ;
- que je suis à la disposition de chacun de ceux qui le veulent pour en discuter.

Sa fille me remercie chaleureusement de ma disponibilité, de ces informations claires et de la soutenir dans ce drame.

Nous communiquerons beaucoup dans les semaines qui suivirent avec toute la famille et je suis retournée voir Mme K. plusieurs fois jusqu'à sa sortie.

Dix ans plus tard, Mme K. est malheureusement restée handicapée du membre supérieur et est partiellement aphasique. Son mari est décédé et elle vit chez un de ses fils.

Toute la famille continue à venir au cabinet médical, la confiance est restée intacte, même si je reste moi-même toujours très affectée chaque fois que je vois Mme K.

Annexe 2. Fiches techniques

► Quatre fiches techniques, rédigées par des professionnels ayant acquis une expertise dans les domaines abordés, sont présentées :

- le **questionnement éthique** : une méthode de décision et d'apaisement → interroger le lecteur sur le comportement à adopter à partir de notions et principes d'éthique déclinés dans un cas clinique ;
- l'**écoute active** → permettre au professionnel de « créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions à propos de l'événement indésirable et de son dévoilement » ;
- les **réactions prévisibles des patients** → permettre au professionnel d'anticiper les réactions du patient ou de son entourage suite à l'annonce d'un dommage. Il s'agit de comprendre pour le professionnel que des réactions de colère du patient ne sont pas forcément dirigées contre lui, mais sont liées à un processus de deuil ;
- **prise en charge des professionnels de santé, et en particulier des médecins** → montrer aux professionnels et institutions l'utilité de structures de soutien dans la démarche d'annonce d'un dommage associé aux soins et la nécessaire anticipation de ces circuits spécifiques.

Ces fiches techniques, de format court, sont des outils permettant au lecteur d'acquérir des connaissances sur un thème spécifique, afin de mieux appréhender sa relation avec le patient. Cependant, les thèmes présentés sont complexes, et des formations pratiques peuvent s'avérer nécessaires pour « aller plus loin ».

Le questionnement éthique : une méthode de décision et d'apaisement par Armelle Debru* et Éric Galam*

Il a déjà été montré que la réflexion éthique est d'un réel apport dans la démarche d'annonce d'un dommage au patient (47). Le questionnement éthique peut aider le professionnel à assumer et à gérer les difficultés et incertitudes rencontrées dans sa pratique. La confrontation à un événement indésirable lié aux soins en est l'une des plus difficiles, indépendamment de sa fréquence réelle ou ressentie. Par-delà l'impact sur le patient et ses proches, sur le soignant et sur la collectivité, la survenue d'un dommage associé aux soins peut en effet notamment confronter le soignant à la tentation de ne pas le dévoiler. Le questionnement éthique peut l'aider à trouver des pistes pour surmonter ces difficultés.

Fondée sur des valeurs humaines, la démarche éthique est différente de l'approche judiciaire (application de la loi collective) ou déontologique (application de la loi collective dans le cadre d'une profession donnée). On n'y propose ni règles ni réponses mais des principes et une méthode. Elle tend à rechercher le bien des individus et de la collectivité. Orientée vers un idéal d'altruisme et de perfectionnement, elle n'évacue pas les difficultés de mise en œuvre dans une réalité souvent marquée de contradictions, d'intérêts et de positions parfois divergents.

Elle gagne à être développée collectivement en incluant les protagonistes concernés, mais elle peut aussi être enclenchée par une démarche personnelle centrée sur le patient et incluant les besoins des soignants. De même, le questionnement éthique s'insère dans le contexte du développement de la culture de sécurité, dont ce guide fait partie et qui prend résolument le choix de la transparence et de l'humanité avec leurs richesses, leurs fragilités et leurs ressources.

La démarche éthique consiste à se poser un certain nombre de questions, au cours de son exercice ou rétrospectivement, pour en apaiser et en optimiser la pratique. Elle nécessite d'élever sa réflexion pour se demander ce que, en tant qu'humain et en tant que professionnel, on souhaite construire comme société, société qui serait à la fois l'image et la conséquence de ses actes. Même dans les situations plus ou moins urgentes, telles que l'annonce d'un dommage, il est nécessaire de prendre du temps et du recul afin que son action n'ait pas de portée délétère.

Elle implique de s'efforcer d'employer les grands principes éthiques, de dégager d'une situation complexe les tensions possibles vis-à-vis de ces principes, pour décider des actes apportant au mieux une solution à ces tensions.

On a coutume de reconnaître quatre principes fondamentaux en éthique de la santé, ouvrant à des questionnements spécifiques. La finalité de ce questionnement est le bien-être du patient, mais aussi celui des soignants qui peuvent être confrontés à une véritable souffrance, liée notamment à un dilemme éthique.

... / ...

* Armelle Debru est agrégée de Lettres ; professeur émérite d'histoire de la médecine à l'université Paris Descartes, directeur de recherches à l'espace éthique de l'Assistance publique-Paris XI, membre du groupe éthique et vieillesse et de divers programmes.

* Éric Galam est médecin généraliste praticien ; professeur associé département de médecine générale université Paris Diderot ; responsable de l'enseignement « Sécurité du patient en médecine générale » ; concepteur des séminaires de formation médicale continue (FMC) « Dédratiser et travailler nos erreurs » ; chargé d'analyse dans le dispositif « Éviter l'évitable » revue *Prescrire* ; et auteur de nombreux articles dans la presse professionnelle sur l'erreur médicale, son métabolisme et sa gestion.

Le questionnement éthique : une méthode de décision et d'apaisement par Armelle Debru et Éric Galam (suite et fin)

► Il s'agit :

1. du principe de bienfaisance

Le but de la médecine est d'améliorer l'état de santé d'une personne malade qui s'en remet à un médecin : guérir, soigner, soulager. Qu'est-ce qui me motive dans cette activité de soin ? Est-ce que mes actes, mon comportement, correspondent à ce but (dans le cas particulier sur lequel je m'interroge) ? Quel est l'impact immédiat et à long terme pour moi en tant que soignant, pour le patient, et pour notre relation ?

2. du principe de non-malfaisance (ou *primum non nocere*)

Il est cohérent de ne pas inclure dans cette perspective sa négation, à savoir faire du mal intentionnellement. Néanmoins l'exercice de la médecine ne peut pas entièrement exclure tout effet négatif, dû à des causes diverses, ignorance, négligence, accident, etc. Le *primum non nocere* consiste à prévenir d'actes nuisibles et le cas échéant, une fois le mal advenu, à en limiter l'impact et à diminuer la souffrance provoquée ou aggravée par l'acte médical.

Que dois-je faire, quel comportement adopter, pour ne pas aggraver les effets nocifs ou douloureux d'un mal produit, et au contraire les atténuer le plus possible de façon à retrouver la visée première de mon activité ? Comment éviter d'occasionner à mon patient, et à moi-même, encore plus de mal ?

3. du principe d'autonomie

La maladie ou l'accident privent la personne atteinte de ses capacités physiques et parfois psychiques, la rendant vulnérable et dépendante malgré elle de l'entourage et de l'institution de soin. Sa condition diminue la liberté de décider et d'agir dont elle a besoin. L'en priver encore plus, par mensonge ou rétention d'information par exemple, ne serait pas éthique. Pour l'aider, il convient au contraire de chercher à restituer cette capacité le plus possible.

Que puis-je faire pour respecter chez cette personne les capacités de compréhension, et lui restituer son initiative et sa liberté ? Comment respecter aussi mes propres besoins ?

4. du principe d'équité (ou de justice)

La dissymétrie entre médecin et patient est momentanément inévitable et offre des avantages pour l'action. Mais comme toute inégalité, si elle est entretenue et aggravée, elle contrevient au respect de la personne et de l'équité.

Comment rendre plus égal le rapport avec le patient ? Y a-t-il des gestes et des mots qui lui évitent l'impression, par exemple, d'être injustement méprisé ? Comment tenir compte aussi des contraintes et difficultés du soignant ?

Ce questionnement n'est pas limitatif. Mais il donne des exemples de ce qui peut faire avancer vers une meilleure compréhension et peut-être vers des solutions acceptables pour tout le monde. Si elles nécessitent de pouvoir prendre en considération le « point de vue de l'autre », elles seront d'autant plus pertinentes qu'elles n'ignorent pas celui du soignant tout en cherchant les moyens qui peuvent l'aider à surmonter ses difficultés et à développer ses ressources.

Une situation parmi d'autres

M. B., 52 ans, a subi une cholécystectomie programmée en chirurgie ambulatoire. Le suivi postopératoire s'avère difficile du fait d'une section des voies biliaires durant l'intervention, entraînant par la suite une série d'hospitalisations et d'autres complications. Le Dr X, ayant réalisé l'intervention ne visite son patient que le lendemain et ne lui fournit aucune information quant à son état, malgré le fait que ce dernier réclame des explications et exprime de vives douleurs.

Quelques questions éthiques appliquées à cette situation

- Comment comprendre les motivations du médecin ?
- Quel était pour lui le coût de l'investissement personnel demandé par l'information du patient *versus* les avantages immédiats retirés par le silence ?
- Quels en seront les avantages et inconvénients à long terme pour lui comme pour le patient ?
- A-t-il réfléchi sur ses propres émotions et appréhensions ? A-t-il pensé à celles du patient ?
- Aurait-il pu agir autrement s'il s'était référé aux principes éthiques (énoncés ci-dessus) ?
- Dans le cadre d'une approche patient-centrée, quel est l'intérêt pour le patient de disposer de ces informations ?

L'écoute active par Éric Galam

1. Objectifs de l'écoute active

L'objectif de l'écoute active en situation d'annonce d'un dommage associé aux soins est de créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions à propos de l'événement indésirable et de son dévoilement. C'est l'une des premières étapes, essentielles, dans la métabolisation de l'événement indésirable par le patient comme par les soignants.

2. Comment être en écoute active ?

Au préalable, quelques questions actives sur moi-même pour apprécier et travailler mes ressources et fragilités.

- Suis-je convaincu que je suis impliqué **en tant que professionnel et non en tant que personne** ?
- Suis-je convaincu que, quoi que j'aie fait ou pas fait, je mérite et je dois garder toute ma **dignité** ?
- Suis-je convaincu que, quoi qu'il arrive, je ne suis pas menacé d'**infamie** ?
- Suis-je convaincu qu'il est avant tout question du **patient** et non de moi ?
- Suis-je convaincu que l'important est **ce qu'il va dire, demander, ressentir et comprendre** et non ce que je vais dire, demander, ressentir et comprendre ?
- Suis-je capable de faire l'effort **d'essayer de comprendre et de ressentir, à partir de leur point de vue à eux**, ce que comprennent et ressentent le patient et ses proches ?
- Qu'est-ce que je **ressens** par rapport aux personnes que je vais rencontrer ?
- Qu'est-ce que je crains ?
- Est-ce que je cherche avant tout à me justifier ?
- Suis-je capable de ne pas avoir **peur** du patient ou de ses proches ni de leur faire peur ?
- Suis-je capable **d'exprimer des regrets** pour ce qui s'est passé, **du respect et de l'intérêt** pour le patient, de la **sensibilité** pour ses souffrances et le désir **d'échanger** avec lui ?
- Suis-je convaincu que quels que soient les moments difficiles que nous allons traverser, nous avons **intérêt à les exprimer et les construire ensemble plutôt que chacun de notre côté** ?

Conseils relationnels

- Importance du **non-verbal** : position assise, attitude calme et sereine.
- Regarder le patient, parler doucement et lentement, rappeler les faits.
- Préciser **les objectifs** de la rencontre : exprimer le regret pour les souffrances du patient, expliquer ce qui s'est passé, répondre aux questions éventuelles : « *Je souhaite avoir votre sentiment, écouter vos remarques et répondre à vos éventuelles questions sur ce qui s'est passé et les perspectives immédiates et à moyen et long terme.* »

Puis seulement après :

Écoute active

- « **Je vous en prie...** »
- Silence tranquille et incitatif avec maintien de l'échange visuel. Ne pas couper la parole. Faire des **accusés de réception** verbaux ou non : regard, geste de main, onomatopées (humm, etc.).
- **Reformuler** mots ou notions exprimés par l'interlocuteur, pour relancer sa parole et lui faire comprendre que nous sommes intéressés par ce qu'il dit, que nous sommes attachés à le comprendre précisément et que nous souhaitons confirmer auprès de lui que nous avons bien compris ce qu'il exprime : « *Vous dites que ... c'est bien ça ?* »
- Ne pas poser de **questions** sauf si nécessaire et alors toujours des questions **ouvertes appuyées sur ce qui a été dit ou évoqué par l'autre sans vouloir aller trop vite.**

Terminer la rencontre

- S'efforcer de **récapituler et de donner des perspectives** : « *Voilà ce que nous avons décidé de faire, et comment nous avons décidé de fonctionner.* »
- « Je suis **à votre disposition** pour tout échange complémentaire. »

... / ...

L'écoute active par Éric Galam (suite et fin)

3. Autour de l'écoute active

La capacité à rester « centré sur l'autre » est l'un des critères déterminants dans l'annonce d'un dommage associé aux soins, alors que le professionnel en charge de l'annonce ne sera pas, dans la plupart des cas, dans une position de neutralité. Pourtant, c'est la condition indispensable à la poursuite de la relation d'aide entre le professionnel et le patient. Ce passage délicat, où confiance et sérénité sont mises à l'épreuve, s'inscrit toujours dans un contexte et une histoire, avec un avant dont il faut tenir compte et un après dont il faut s'efforcer de préserver la qualité.

Une approche philosophique de la relation d'aide ...

La solution de l'apparent paradoxe de l'écoute active ne se fonde pas sur une technique mais bien sur une conception philosophique. Si l'on adhère à cette conception, la mise en acte « technique » est somme toute facile. Carl R Rogers appuie son travail d'explicitation des conditions de la relation d'aide « centrée sur la personne » (ou sur le « client » terme qui sous-entend une relation adulte) sur le postulat fondamental suivant : « Toute personne a une tendance naturelle à se développer et seule dispose des moyens de régler ses propres problèmes » (48). L'aidant est d'autant plus efficace qu'il est capable de créer une atmosphère dénuée de crainte et fondée sur son aptitude à assumer les conditions d'attitudes suivantes portant sur :

- le cadre : désir d'aider l'autre et conviction que le moyen pour cela est de lui permettre de le faire à partir de ses propres critères et de son propre centre d'évaluation ;
- la congruence : capacité de l'aidant à s'affirmer tout en se rétractant et en restant à sa place, centré sur l'autre ;
- la considération positive inconditionnelle : capacité de l'aidant à ne pas porter de jugement sur le client tout en laissant à ce dernier la responsabilité de ses actes et de ses paroles ;
- l'empathie : aptitude de l'aidant à ressentir et comprendre les choses du point de vue de l'autre tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'un effort artificiel et forcément incomplet ;
- la perception par le « client » des attitudes de l'aidant.

Ces niveaux sont hiérarchisés et conditionnés les uns par les autres. Si le médecin parvient à rester dans le cadre du soin, il peut plus facilement accepter la critique tout en exprimant son point de vue qui peut alors rester centré sur le patient, sans le juger, tout en comprenant son ressenti et ses demandes. Le fait que le patient perçoive les attitudes de l'aidant, affirmé mais à l'écoute, facilite alors grandement la résolution des difficultés. À l'inverse, l'incapacité à comprendre l'autre provient le plus souvent de l'incapacité à ne pas le juger, elle-même liée à la difficulté pour l'aidant de rester à sa place à la fois présent, motivé et dégagé d'un processus qui ne le concerne que « techniquement ». Dans la situation d'annonce, cette position de neutralité dégagée est particulièrement délicate pour le soignant.

... qui s'inscrit dans une histoire et un contexte relationnels

Que fait le patient quand il n'est pas content ? Il peut certes porter plainte et « faire payer » au soignant. Mais il le fera d'autant moins qu'il aura eu le sentiment d'être compris par celui-ci et d'avoir pu obtenir toutes les informations disponibles dont il a légitimement besoin pour assumer les événements indésirables qui viennent s'ajouter à ses maladies et souffrances.

Hirschman définit 3 types de réactions possibles pour le patient face au mécontentement : il quitte son médecin (*exit*), il se plaint (*voice*), il lui reste fidèle en explicitant les raisons de son mécontentement (*loyalty*) (49).

Le fait d'exprimer une critique est en quelque sorte une chance supplémentaire laissée au médecin soit pour argumenter et convaincre son patient, soit pour prendre acte de la critique.

On pourrait presque dire que le fait d'être critiqué traduit la qualité de la relation que le soignant entretient avec son patient. Cela prouve que le patient est capable d'exprimer quelque chose de difficile et qu'il estime que le médecin est capable de l'entendre. Cette situation, très délicate pour le soignant, mais aussi pour le patient, est paradoxalement positive. Moyennant une gestion adaptée, elle peut ainsi renforcer la qualité d'une relation qu'elle questionne. Elle peut permettre de mieux supporter des turbulences plus ou moins importantes et, en tout cas, donner au patient la perspective la plus apaisée possible de sa relation avec le système de soin et ses acteurs.

Les réactions prévisibles des patients par Marie Claude Dayde*

Le processus psychologique engendré par l'annonce d'un dommage le concernant s'apparente pour le patient à un travail de deuil (deuil de son autonomie, d'une capacité à faire une chose, de son projet de vie, dans la confrontation à la maladie, au handicap par exemple). Le processus de deuil est également vécu par les proches d'un patient décédé lors d'un soin.

Le mot deuil vient du latin *dolus-dolere* qui signifie souffrir (50).

1. Les étapes du deuil

Le deuil constitue une réaction humaine d'adaptation à la perte et sa durée peut varier de quelques mois à un an ou plus. Dans le deuil, considéré comme une réaction psychologique normale, le sujet va être confronté principalement à trois étapes qui sont propres à chacun. Il est important de noter que ce schéma n'est pas linéaire et peut varier en fonction des personnes, ainsi, la colère, le déni peuvent, par exemple, réapparaître ou persister dans la phase « dépressive ».

Une phase initiale considérée comme un « état de choc »

Il s'agit de la période (quelques heures à quelques jours) qui suit l'annonce de la perte. Elle se manifeste par du déni, de la colère qui constituent des mécanismes de défense contre cette réalité qui fait irruption et souffrance et ne peut être entendue (51, 52). Le déni peut être renforcé par le caractère inattendu des faits et la colère dirigée contre les soignants. Il convient d'accueillir cette colère avec humilité, d'autant qu'elle trouve légitimité dans la réalité d'un dommage associé aux soins. La colère est ici une réaction émotionnelle permettant d'exprimer l'insécurité qui menace la vie ou la qualité de vie du sujet.

Dans le cas d'un décès, pouvoir voir le corps du défunt est une démarche qui permet d'inscrire la mort dans la réalité. La personne endeuillée (y compris un enfant) va progressivement prendre conscience de la réalité de la perte.

Une phase dite de « dépression réactionnelle »

Après la période d'état de choc, la plupart des auteurs décrivent une période de désorganisation teintée par la souffrance et un état dépressif (tristesse du deuil), souvent un sentiment de culpabilité. Le besoin d'exprimer ses émotions et de pleurer est nécessaire dans ce temps du deuil. Le soutien de l'endeuillé par son entourage est un facteur à prendre en compte dans l'évolution du deuil.

Dans le cas de la perte d'un organe ou d'une fonction par exemple, le patient va être confronté à l'expérience de la fragilité. Il va devoir affronter des pertes successives (perte de son intégrité corporelle, de son image, de son rôle au sein de la famille, de son statut social, professionnel, etc.).

Dans le cas d'un décès, il peut paraître surprenant que certains endeuillés évoquent la sensation qu'ils ont de la présence du défunt à leur côté. Toutefois, cette vision semble pouvoir être aidante au travail de deuil et mérite que les proches et/ou les soignants ne la dénie pas ou ne la tournent pas en dérision (53).

Cette période du deuil peut avoir une répercussion sur la santé : trouble du sommeil, perte de l'appétit, asthénie, etc. Un accompagnement médical peut devenir utile, il doit toutefois être pensé au regard du travail psychique en cours. Le recours à un psychotrope, après une évaluation médico-psychologique, peut se révéler une aide lorsque la souffrance psychique le nécessite.

Une phase de fin de deuil, qualifiée selon les auteurs de résolution, d'acceptation, ou encore d'adaptation (54)

Cette troisième période du deuil est souvent décrite comme une période de réorganisation, de réadaptation, de rétablissement au monde social extérieur. Progressivement, la personne va réinvestir des activités, des projets. Elle va réorganiser sa vie différemment, à la fois sur le plan psychologique mais aussi matériel, et développer une nouvelle identité sociale et pouvoir réinvestir d'autres liens.

... / ...

* Marie Claude DAYDE est infirmière libérale, membre de l'équipe d'appui d'un réseau douleur soins palliatifs, et membre du comité pédagogique du diplôme interuniversitaire (DIU) soins palliatifs à Toulouse.

Les réactions prévisibles des patients par Marie Claude Dayde (suite et fin)

2. Soignants-soignés : des attitudes aidantes

- L'expression de la colère du patient ne doit pas être étouffée, mais au contraire encouragée, car elle permet l'expression de sa souffrance.
- Pour le soignant, elle nécessite un travail sur soi (en s'interrogeant sur ses propres émotions), pour à la fois accueillir cette colère (relation d'aide), mais aussi la mettre à distance (pour éviter l'épuisement). En effet, pour les soignants frustration et sentiment d'échec peuvent conduire à l'épuisement émotionnel (55). C'est tout l'intérêt des groupes de parole pour les soignants.
- Dans les entretiens avec les patients, la formulation et le choix des mots sont importants, préférez par exemple « prendre soin » à « prise en charge » auprès d'une personne victime d'un handicap.
- Il convient souvent de conforter l'endeuillé sur le fait que pleurer, avoir beaucoup de peine, de souffrance, est une réaction normale.
- L'écoute empathique est de mise (cf. fiche technique « L'écoute active »). C'est le patient qui, à son rythme, fera émerger ses propres solutions. Ce que nécessitent les patients, c'est d'abord d'être écoutés, de pouvoir mettre des mots sur leur souffrance.
- Ne pas oublier que chaque personne vit dans un « système » et que ses proches sont aussi affectés par la perte et ont besoin de soutien.
- Ne pas hésiter à proposer des soutiens extérieurs, car certains patients ne souhaitent pas revoir les professionnels dont ils s'estiment victimes ou qui sont simplement liés à un deuil qui les touche.
- Faire son deuil ne consiste pas à oublier, mais à penser différemment sa relation à « l'objet de la perte », c'est pourquoi il est maladroit de proposer « *d'oublier et de passer à autre chose* ».
- En cas de décès, voir le corps du défunt est important, si l'endeuillé ne parvient pas à faire seul la démarche, et s'il le souhaite, un soignant peut proposer de l'accompagner.
- Les rites funéraires sont à conforter car ils permettent de confirmer la réalité de la mort et d'amorcer le travail de deuil.
- Pour l'aider dans son travail de deuil, l'enfant peut être sollicité pour raconter ses émotions par le moyen qui lui convient (dessins, mots, etc.) (56).
- Respecter le rythme de chacun et les manifestations du deuil selon les cultures (certaines manifestations très expressives font partie des rites).
- À l'occasion d'un deuil, il n'est pas rare de rencontrer des personnes raviver un deuil ancien qui n'a peut-être pas été fait. En fonction de l'intensité des troubles repérés, il peut être utile de les orienter vers un psychiatre, un psychologue ou auprès des associations de soutien de deuil.

Pour aller plus loin

Associations de soutien de deuil :

☞ **Fédération européenne Vivre son deuil** - 7 rue Taylor - 75010 Paris

Écoute téléphonique : 01 42 38 11 16 - fevsd@vivresondeuil.asso.fr

☞ **CDRN François Xavier Bagnoud** - 6 avenue Pr André Lemierre - 75980 Paris Cedex 20

Téléphone : 01 49 93 64 40

☞ **Répertoire SFAP** - www.sfap.org (rubrique répertoire - associations deuil)

Prise en charge des professionnels de santé, et en particulier des médecins par Donata Marra* et Didier Fressard*

Ce guide fait régulièrement référence au soutien psychologique nécessaire aux équipes soignantes suite à la survenue d'un événement indésirable en raison du traumatisme psychique que représentent certaines de ces situations, traumatisme souvent sous-estimé. La souffrance engendrée par l'apparition d'un dommage chez le patient touche l'ensemble des soignants. Toutefois, il est clairement observé chez les médecins une réelle difficulté à demander de l'aide sur un plan psychologique.

Les médecins font face dans leur activité professionnelle à de nombreuses souffrances, souvent sans y avoir été préparés sur le plan psychologique. Les modèles de pairs auxquels ils ont été confrontés pendant leurs études et lors de leur prise de fonction les ont incités à mettre en place un comportement où les émotions avaient peu de place. Le médecin est celui sur lequel les patients et l'équipe paramédicale doivent pouvoir compter en tout temps et en toutes circonstances : un médecin infailible.

Les conséquences en sont connues : automédication, non-recours à un pair en cas de problèmes psychologiques, crainte majeure que les patients ou les confrères puissent avoir connaissance de faiblesses psychologiques, avec des répercussions sur leur carrière, etc. Les éventuelles erreurs qui peuvent être à l'origine d'un événement indésirable peuvent avoir un effet dramatique et consulter pour avoir un soutien est spontanément impensable (57, 58). Les nombreuses études sur le syndrome du *burn out*, que ce soit en milieu hospitalier ou libéral, mettent en évidence une prévalence variant de 19 à 47 %, et l'absence de recours à une aide psychologique est l'un des facteurs contributifs au suicide (57-59).

Dans ce contexte, les circuits de soins habituels, en particulier psychologiques, ne sont pas adaptés et ne seront pas utilisés par les médecins car n'offrant pas les éléments clés qu'ils attendent : une stricte confidentialité, l'indépendance par rapport à leur milieu professionnel qu'il soit libéral ou hospitalier, la prise en compte de la particularité de leur statut de médecin (horaires d'accès, archivage des dossiers différent, assurance de ne pas croiser de confrères ni de patients, etc.), et avoir accès à des professionnels divers respectant ces mêmes règles (avocats, juristes, assistante sociale, etc.) (60-64).

Souligner cette nécessité ne va pas sans faire le constat que très peu de ressources sont actuellement disponibles en France pour assumer cette fonction. En revanche, dans plusieurs pays ces circuits spécifiques existent depuis longtemps, en particulier au Québec, aux États-Unis et en Catalogne.

- Depuis 20 ans le PAMQ (Programme d'aide aux médecins du Québec) est composé de médecins généralistes et spécialistes, de psychologues, mais aussi d'avocats, de comptables, de syndicats de faillite, pour aider les médecins quelles que soient les difficultés présentées. Les circuits médicaux proposés utilisent les circuits existants mais en les adaptant pour qu'ils soient utilisables par des médecins : confrère tuteur qui accueille et suit le médecin dans son parcours, liste de médecins référents dans toutes les régions avec un accueil anonyme, à des heures adaptées, en archivant les dossiers différemment, etc. Après une phase de développement géographique, ce programme établit des programmes de prévention : formations proposées aux médecins sur les spécificités de la prise charge des soignants en souffrance, interventions dans les colloques, enseignement sur la santé des médecins aux étudiants, etc. (62).
- La fondation Galatea propose depuis 1998 le PAIMM (Programme d'attention intégrale au médecin malade) de Catalogne. Il comprend l'ensemble des programmes adressés aux médecins et à d'autres professionnels de santé pour la promotion de leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie. Il dispose de procédures collégiales (accès direct, confidentialité, utilisation des contrats thérapeutiques pour la supervision des cas complexes, etc.) et d'une unité d'assistance avec des services d'hospitalisation, d'hôpital de jour et de traitement ambulatoire, spécialisés et confidentiels, spécifiques pour les professionnels de la médecine.
- En France, ces circuits spécifiques sont encore très limités même si plusieurs initiatives se sont développées ces dernières années et sont amenées à s'étendre, provenant par exemple de l'APSS (Association de promotion des soins aux soignants), de l'AAPML (Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux), etc.

... / ...

* Donata Marra est psychiatre, praticien hospitalier, référente pour les patients transplantés et présentant des maladies systémiques au pôle de chirurgie du groupement hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière ; et responsable du bureau-interface-professeurs-étudiants de l'université Pierre et Marie Curie (structure de soutiens pédagogiques pour les étudiants).

* Didier Fressard est anesthésiste-réanimateur, chef du service d'anesthésiologie du centre hospitalier d'Arcachon ; titulaire des DU « Gestion du risque nosocomial » de l'université Paris Diderot et « Droit médical » de l'université Pierre et Marie Curie ; et collaborateur du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECA).

Prise en charge des professionnels de santé, et en particulier des médecins par Donata Marra et Didier Fressard (suite et fin)

Le volet de prévention auprès des étudiants est fondamental et devrait également se développer, d'autant plus que l'expérience met en évidence une tendance au non-recours à un soutien psychologique, qui s'installe dès le début des études et qui ressemble à celle observée chez leurs aînés : crainte pour leur dossier académique, regard des enseignants et étudiants, surcharge de travail, automédication, etc. (65). Les expériences de soutien pour les étudiants en médecine en France sont rares contrairement aux facultés de médecine en Amérique du Nord où prendre en compte et proposer des moyens pour le bien-être des étudiants fait partie des conditions d'accréditation d'une faculté de médecine (66).

In fine, penser qu'il suffit de dire à un soignant, et en particulier à un médecin, qu'il devrait se faire aider dans une situation difficile, comme lors de la survenue d'un événement indésirable, pour qu'il accepte de se faire aider et en fasse la démarche est simplement illusoire. Pour répondre à la nécessité de soutien à l'ensemble des soignants, quelles que soient leur profession et leur mission, les circuits spécifiques et/ou les référents externes répondant à leurs besoins doivent être anticipés et identifiés par et avec les différents intervenants : établissements de santé, associations de médecins libéraux, ordres professionnels, etc. Ces informations doivent être mises à jour régulièrement et transmises directement à l'ensemble des soignants (brochures, mails, sites Internet, etc.).

Pour aller plus loin

- ☞ Site Internet du **PAMQ** : <http://www.pamq.org/>
- ☞ Site Internet de la **fondation Galatea** : <http://paimm.fgalatea.org>
- ☞ Site Internet de l'**APSS** : <http://www.apss-sante.fr/>
- ☞ Site Internet de l'**AAPML** : <http://www.aapml.fr/>
- ☞ Site Internet de **SESMAT** (Santé et satisfaction des médecins au travail) qui propose de nombreux documents et résultats d'enquêtes pour tous les soignants : <http://www.presst-next.fr/SESMAT/index.html>

Annexe 3. Cas concrets

► Deux cas concrets sont mis à disposition :

- 1 cas concret en établissement de santé ;
- 1 cas concret en ville.

Ces cas concrets illustrent les lignes directrices énoncées dans ce guide ; ils ont donc une valeur exemplaire. Ils permettent au lecteur de s'approprier la démarche et de se construire une vision de la relation soignant-patient au cours du processus d'annonce dans son ensemble.

Cas concret d'une annonce en établissement de santé

L'enfant Jérôme P., 15 mois, arrive aux urgences à 19 h pour une déshydratation sévère, (+ de 15 %). Après l'examen clinique par le médecin senior, un bilan sanguin et bactériologique est prescrit ainsi qu'un programme de perfusion intraveineuse.

Jérôme est hospitalisé en « lits portes » en l'absence de lit disponible en pédiatrie générale.

Ce service d'hospitalisation de courte durée est dans le prolongement des urgences pédiatriques. La nuit, une infirmière et une auxiliaire de puériculture assurent les soins et la surveillance de 10 enfants.

Une fois l'enfant installé dans son lit, la maman décide à 21 h de rentrer chez elle pour s'occuper de sa fille de 5 ans restée à la maison avec le papa.

Elle revient vers 23 h. L'enfant pleure, il a mal à son bras qui est enflé et rouge.

Elle appelle l'infirmière de nuit, Mme Elisabeth B., qui constate que la voie veineuse est perméable et que le soluté a diffusé dans tout l'avant-bras droit.

Mme P. demande des explications.

L'infirmière répond que ce n'est rien, et qu'un pansement alcoolisé réglera le problème.

Elle replace une voie veineuse sur le bras gauche. La maman de Jérôme retourne à son domicile vers 2 h du matin lorsque l'enfant est endormi et calme.

L'infirmière quitte son service à 6 h du matin. Aucune consigne particulière n'est laissée au cours de la relève à sa collègue en poste du matin.

L'infirmière du matin, Mme Sandrine M., trouvant l'enfant souffrant, défait le pansement de l'avant-bras droit et constate que le bras est violacé, marbré. Elle alerte la surveillante du service des urgences et des « lits portes », Mme Béatrice R.

En raison du risque de séquelle, le cadre infirmier prévient le médecin responsable du service des urgences.

La préparation à l'annonce

Le médecin chef de service et le cadre infirmier des urgences s'accordent sur la nécessité de prévenir rapidement les parents de l'incident dont leur enfant a été victime. Au regard de la culpabilité et du choc émotionnel éprouvés par Mme Elisabeth B. devant les suites compliquées liées à son acte technique, il est convenu d'un commun accord que les deux parents seront reçus dans le service des urgences uniquement par le chef de service et le cadre infirmier. Ils profitent de cette réunion préparatoire pour définir le rôle de chacun au cours de l'entretien, et assurent l'infirmière de nuit qu'ils la tiendront au courant des échanges.

Mme Béatrice R. fait une rapide enquête sur le déroulement de l'hospitalisation de l'enfant. Elle vérifie les noms et grades des différents soignants présents depuis la veille au soir 19 h. Elle prend connaissance du dossier de soins et des prescriptions médicales. Les soins donnés sont analysés, depuis la pose de la voie veineuse jusqu'à la surveillance de la perfusion, le poids de l'enfant et la pose d'un pansement alcoolisé.

... / ...

Cas concret d'une annonce en établissement de santé (suite)

Par ailleurs, l'enfant est montré en urgence au chirurgien pour évaluer le risque d'apparition d'une nécrose et pour suivre l'état des téguments.

Il est décidé d'attendre l'arrivée des parents dans le service. Si ces derniers ne viennent pas ce matin, le cadre les appellera chez eux. L'équipe voudrait éviter d'affoler les parents en leur téléphonant, car il n'y a pas d'urgence vitale.

La réalisation de l'annonce

À 10h30, les parents de l'enfant arrivent dans le service. Ils sont accueillis immédiatement par le cadre, Mme Béatrice R., qui se présente et qui les conduit dans un bureau éloigné de l'agitation des urgences.

☞ *« Le médecin du service, le Pr G., souhaite vous informer d'un incident qui s'est passé cette nuit lors des soins à votre enfant. Si vous êtes d'accord, nous vous proposons de nous entretenir tous les quatre de ce qu'il s'est passé. »*

Le médecin est à la porte du bureau, il se présente.

Les parents sont invités à s'asseoir face au médecin et au cadre.

Le médecin expose la situation médicale en insistant sur l'indication d'une perfusion dans le cadre d'une déshydratation. Il rassure les parents sur l'amélioration de l'état de santé de Jérôme. L'enfant a repris 1 kilo, ses jours ne sont plus en danger. Il a toujours une perfusion, mais cette dernière sera arrêtée dès que Jérôme aura retrouvé son dernier poids inscrit sur le carnet de santé. Il a encore des selles liquides, mais la situation est maîtrisée.

S'adressant à la maman qui avait interpellé l'infirmière durant la nuit :

☞ *« Vous aviez alerté l'infirmière de nuit sur l'état du bras de votre enfant. C'est à ce sujet que nous vous recevons avec le cadre du service. Vous avez eu raison d'appeler l'infirmière car le liquide qui devait passer dans la veine de votre fils est allé dans les tissus et les muscles de son avant-bras et non dans la circulation sanguine. C'est souvent sans gravité, mais selon la nature et la quantité de soluté diffusée, des lésions cutanées et musculaires, pouvant aller jusqu'à la nécrose, peuvent se produire.*

Nous avons montré votre enfant ce matin à un chirurgien pour qu'il apprécie l'état des tissus. À cette heure, il n'y a rien d'alarmant, mais nous souhaitons vous informer au plus vite. Votre enfant sera vu matin et soir par le chirurgien, nous vous donnerons des nouvelles au fur et à mesure. Si une aggravation survenait vous serez immédiatement prévenus. Vous pouvez rencontrer le chirurgien si vous le souhaitez, nous vous organiserons un rendez-vous avec lui. »

Un temps est réservé aux questions des parents :

☞ *« S'il y a une nécrose, dans combien de temps serons-nous fixés ? Si dans 48 h il n'y a rien est-ce qu'on peut dire que nous aurons eu plus de peur que de mal ? S'il y a une nécrose, que fera le chirurgien ? »*

Après les réponses données par le médecin, le cadre du service prend la suite de l'entretien.

Elle confirme ce que vient de leur dire le médecin et ajoute :

☞ *« Cet incident va m'amener à reprendre la pratique de la pose de perfusion avec l'ensemble de l'équipe infirmière. Il ne faut pas que cela se renouvelle. Sachez que nous allons faire une déclaration d'événement indésirable au niveau de l'administration de l'hôpital. Vous pouvez, si vous le souhaitez, écrire au directeur de l'établissement pour lui faire part de la situation. Nous sommes sincèrement désolés pour ce qui s'est passé. Nous vous prions d'accepter nos excuses. Comme vous l'a dit le médecin, nous allons suivre deux fois par jour la situation de votre enfant, vous serez informés au fur et à mesure. »*

Un temps est réservé aux échanges :

☞ *« Nous espérons bien que cela servira de leçon et que d'autres accidents de ce genre ne se reproduisent pas. Quelles actions concrètes comptez-vous mettre en place ? Vous nous avez parlé d'une déclaration d'événement indésirable au directeur, pourrions-nous voir le papier qui doit lui être envoyé ? ».*

... / ...

Cas concret d'une annonce en établissement de santé (suite et fin)

Fin de l'entretien

Le chef de service et le cadre infirmier synthétisent l'entretien en récapitulant les faits exposés, réitèrent des excuses et assurent aux parents que des actions correctives seront mises en place en cohérence avec les causes identifiées. Mme Béatrice R. se propose comme référente et assure de sa disponibilité en cas de besoin.

Les parents n'ont présenté aucune agressivité. Ils semblent avoir bien compris la situation. Ils veulent aller tout de suite vers leur fils et voir son bras. Dans le même temps le chirurgien est appelé pour expliquer ce qu'il a constaté. Après cette entrevue, les parents sont repartis à leur domicile.

Épilogue

Dès le lendemain, Jérôme n'a plus de perfusion. En raison de l'amélioration locale au niveau de l'avant-bras, il est sortant pour l'après-midi après la visite du chirurgien. Il sort avec une consultation de chirurgie à 8 jours. Bien que des séquelles aient pu être observées pendant 2 mois, les parents ont fait le choix de ne pas écrire au directeur, ni de porter plainte.

La teneur des échanges avec les parents a été restituée à Mme Elisabeth B., et l'ensemble de l'équipe soignante a été associé au débriefing permettant d'analyser collectivement l'événement indésirable ainsi que les potentialités d'amélioration des pratiques. Par ailleurs, Mme Elisabeth B. a accepté l'aide qui lui a été spécifiquement proposée par la cellule de soutien aux professionnels, conformément à la politique d'annonce de l'établissement.

Conformément à son engagement, Mme Béatrice R. a par la suite tenu les parents informés des démarches d'amélioration des pratiques mises en œuvre avec l'équipe infirmière.

Cas concret d'une annonce en ville

Mme V., 45 ans, mariée, 2 enfants, vient consulter son médecin gynécologue pour une visite de routine et faire un frottis, le dernier datant de 3 ans.

En consultant le dossier, le médecin découvre que le résultat du frottis précédent montrait une dysplasie moyenne, CIN grade 2 (néoplasie cervicale intra-épithéliale de grade 2), qui aurait nécessité une colposcopie avec indication d'intervention éventuelle. Or rien ne figure au dossier indiquant la mise en place d'un suivi spécifique.

À l'examen de la femme, l'aspect du col utérin lui paraît pathologique.

Il mesure alors les conséquences de l'absence de suivi.

La découverte du dommage s'étant produite durant la consultation, en présence de la patiente, il ne peut différer l'annonce qui se fera donc sans aucune préparation préalable. Il va alors tenter de reconstituer la chronologie des faits en dialoguant avec sa patiente.

Il la laisse se rhabiller tranquillement et lui propose de revenir s'asseoir.

La réalisation de l'annonce

Dans un premier temps, le médecin donne la parole à la patiente pour lui permettre de cheminer avec lui dans l'information et la compréhension de la situation.

☞ « Madame, avez-vous constaté des signes anormaux... des saignements ? Des douleurs ?

☞ Non, pas du tout, pourquoi ?

☞ Parce qu'à l'examen, l'aspect de votre col ne me plaît pas beaucoup. Et d'ailleurs votre frottis précédent aurait nécessité des examens complémentaires. Vous avez dû recevoir une lettre de ma part ?

☞ Ah non, docteur, rien du tout !

... / ...

Cas concret d'une annonce en ville (suite et fin)

- ☞ *C'est ennuyeux...*
- ☞ *Pourquoi, j'ai quelque chose de grave ?*
- ☞ *Sans examens complémentaires, je ne peux pas trop m'avancer, mais ça aurait été plus simple il y a 3 ans. Je ne comprends pas pourquoi je ne vous ai pas revue depuis... J'aurais dû vous recontacter.*
- ☞ *Quelles seront les conséquences pour moi ?*
- ☞ *Les lésions se sont aggravées et le traitement risque d'être plus lourd.*
- ☞ *C'est un cancer ?*
- ☞ *C'est trop tôt pour vous répondre mais c'est une éventualité que l'on ne peut pas écarter. Ce qui est sûr, c'est qu'il y a eu une inattention de ma part et je le regrette.*
- ☞ *Vous deviez pourtant m'appeler s'il y avait un problème.*
- ☞ *Oui, je ne sais pas ce qui s'est passé, mais le fait est que vous n'avez pas été alertée. Je vous présente mes excuses. Je vais essayer de comprendre d'où vient l'erreur. Mais en attendant, rassurez-vous, on va essayer de rattraper le temps perdu et d'accélérer la prise en charge. Je m'occupe de prendre tous les rendez-vous pour vous. D'ailleurs je vais appeler dès à présent mon collègue qui s'occupe de ce type de problème pour que vous puissiez avoir un rendez-vous rapidement. »*

Le médecin appelle un collègue spécialisé dans ce type d'acte et avec lequel il a l'habitude de travailler. En présence de la patiente, il fait à son confrère un compte rendu synthétique de la situation en choisissant soigneusement les termes qu'il emploie.

Fin de l'entretien

- ☞ *« Vous avez rendez-vous dans 2 jours avec mon confrère qui s'occupera de vous. Je l'appellerai pour avoir son avis et je vous recontacterai immédiatement pour en parler avec vous. S'il doit y avoir une intervention, je ne manquerai pas de venir vous voir. En attendant, vous pouvez me joindre à tout moment, je suis à votre disposition. Avez-vous des questions à me poser ? »*

Cette dernière question a permis d'ouvrir Mme V. à certaines préoccupations relatives aux modalités de sa prise en charge, et à sa vie de famille avec son mari et ses enfants.

Épilogue

Mme V. avait effectivement un carcinome *in situ* et a subi une conisation. Son bilan d'extension était négatif.

Son médecin s'est tenu à ses côtés tout le long de son parcours de soins.

Elle a continué à se faire suivre par ce gynécologue.

À partir de cet événement, pour sécuriser le suivi des patientes, le médecin a demandé au laboratoire d'analyses d'envoyer systématiquement la copie des résultats des examens à la patiente. Quant à lui, il a invité chacune de ses patientes à le contacter après réception du courrier du laboratoire d'analyses, et a mis en place un système d'alerte informatique en cas de résultat d'examen nécessitant un suivi.

Annexe 4. Gestion des cas particuliers

► Trois cas particuliers sont traités :

- l'annonce à des patients dans le cas d'événements sériels ;
- l'annonce à la famille, aux ayants droit, à la personne de confiance en cas de décès ;
- l'annonce à un patient atteint d'une maladie mentale ou dont les capacités de compréhension sont limitées.

Ces cas particuliers, pour lesquels la méthodologie du guide s'applique pleinement, permettent au lecteur de s'adapter à certaines situations.

L'annonce à des patients dans le cas d'événements sériels

Certains événements indésirables associés aux soins peuvent concerner plusieurs patients (risque sériel) tels que, par exemple, un surdosage en radiothérapie lors d'un dysfonctionnement systématique, une désinfection insuffisante du matériel d'endoscopie, un examen de dépistage systématisé dont les résultats ne sont pas fiabilisés, etc. Le mécanisme générique exposant à un risque sériel peut être un dysfonctionnement, un écart de pratique ou un effet clinique anormal ou inattendu sur un ou plusieurs patients exposés.

Le processus d'annonce sera alors impacté par plusieurs facteurs :

- l'évaluation du risque encouru et de sa criticité¹ ;
- l'organisation mise en place pour identifier les patients potentiellement impliqués, laquelle peut être relativement longue et nécessiter des ressources importantes et des expertises ;
- la détermination des actions correctives susceptibles d'être mises en œuvre pour chaque patient exposé.

L'annonce d'un dommage à des patients lors d'événements sériels doit faire l'objet d'une procédure particulière, intégrée à la politique d'annonce de l'établissement de santé (cf. 1^{re} partie. La préparation à l'annonce, § 1 : Avant tout accident). Cette procédure doit permettre de gérer le processus d'annonce tel que décrit dans ce guide, mais en y intégrant la notification des patients concernés, la coordination des éventuels tests à visée diagnostique et traitements, et le suivi des patients dont le dommage est avéré. Un rappel de plusieurs patients pour diagnostiquer un éventuel dommage peut générer un stress psychologique qui devra être anticipé et pris en charge.

Il sera donc nécessaire d'effectuer un effort de planification afin de garantir aux patients une communication empathique et individuelle. Dans la mesure du possible, l'annonce du dommage aux patients doit être rapide, se dérouler sur une courte période pour que tous les patients soient informés simultanément, et se tenir impérativement avant toute couverture médiatique et communication grand média^{2,3}. Pour les patients nécessitant un traitement au long cours, comme par exemple en radiothérapie, il faudra privilégier l'annonce au cours de la séance suivante ou des visites de contrôle (si celles-ci ne sont pas trop éloignées), moins traumatisante qu'un rappel pour consultation ou un courrier.

L'exposition d'une cohorte de patients implique le plus souvent une communication publique. Celle-ci est généralement assurée par la structure de soin, en lien avec les autorités sanitaires compétentes (agences régionales de santé (ARS), agences de sécurité sanitaire).

1. La criticité est la combinaison de la fréquence de survenue de l'événement indésirable et de la gravité du dommage.

2. Guide de la communication de crise ; conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux universitaires ; 2009.

3. Guide n°16 de l'ASN : Événement significatif de radioprotection patient en radiothérapie.

L'annonce à la famille, aux ayants droit, à la personne de confiance en cas de décès par Didier Fressard et Donata Marra

L'ensemble des préconisations énoncées dans ce guide s'applique pleinement lorsque l'événement indésirable a entraîné un décès. La charge émotionnelle dans ces cas-là est majeure, à la fois pour l'entourage et les soignants, qui nécessitent respectivement la mise en place d'une assistance.

La plupart du temps le décès représente un véritable traumatisme psychique et plus particulièrement lors d'une mort brutale inattendue. Ce choc émotionnel, même s'il fait partie de la vie de chaque individu, peut être vécu de manière très différente en fonction des circonstances, de l'histoire de chaque personne, de l'entourage, etc. (cf. fiche technique « Les réactions prévisibles des patients »).

L'expression du refus de la perte peut s'exprimer par de la colère avec parfois de l'agressivité et des reproches vis-à-vis des équipes soignantes, qui devront savoir passer du traumatisme consécutif à la mort du patient à l'annonce du décès en faisant preuve de compréhension, d'écoute, de respect et tout spécialement d'empathie (cf. fiche technique « L'écoute active »). Pour assurer la communication dans une telle situation, le soutien des soignants est indispensable.

En pratique

- Si l'entourage n'est pas présent, le médecin doit le prévenir par téléphone, sans jamais annoncer le décès du patient par téléphone sauf si la situation est particulière (entourage éloigné). Il devra dire que la situation est grave.
- L'équipe devra s'occuper avec respect du corps et préparer les affaires personnelles du patient. Une toilette mortuaire ne peut être réalisée sans l'avis (ou l'accord) de la famille, cela nécessite parfois le respect de certains rites non connus des soignants.
- L'accueil de l'entourage se doit d'être personnalisé, attentionné, et préparé avec les membres de l'équipe soignante ; idéalement spécialement formés à la communication dans ces situations.
- Le médecin en charge du patient, qui connaît parfaitement le dossier, après avoir pris le recul nécessaire par rapport à la tentative de réanimation (si elle a eu lieu) et à ses propres émotions, doit faire l'annonce du décès à l'entourage. Il devra être assisté d'un membre de l'équipe soignante afin de ne pas être seul face à l'entourage du patient et de laisser à l'entourage la possibilité d'avoir plusieurs interlocuteurs. Après un rappel des événements, avec des mots simples, le décès sera annoncé. Les mots « décès » ou « mort » seront employés à plusieurs reprises afin de faciliter la prise de conscience nécessaire et éviter autant que possible le déni du décès.
- Le médecin devra donner la parole à l'entourage, avec une écoute active, susciter d'éventuelles questions et y répondre clairement, notamment celles concernant la cause du décès, le corps, les démarches à effectuer, etc.
- Si une autopsie du corps s'avérait nécessaire, cette éventualité sera discutée et expliquée à l'entourage.
- Le médecin devra aider à atténuer la culpabilité, si elle s'exprime, de l'entourage et laissera s'exprimer l'éventuelle colère envers les soignants.
- Les soignants présents expriment leurs regrets et présentent leurs condoléances.
- L'équipe devra permettre ensuite à l'entourage de voir le corps du défunt, dans la mesure du possible dans la chambre où était le patient, et d'exprimer ses sentiments et émotions selon les rituels de sa religion et de sa culture. Montrer le corps est une étape préalable au travail de deuil. L'entourage sera encouragé à aller voir le corps sans brusquerie ou obligation, en lui laissant du temps et en étant présents si nécessaire.
- Des documents seront remis : sur les démarches et les formalités obligatoires après un décès, sur le deuil, et les coordonnées d'associations pouvant être une aide. Lorsque l'entourage décide d'une action légale, toutes les informations qui lui seront nécessaires devront lui être transmises.
- La possibilité d'un contact ultérieur avec le médecin qui a annoncé le décès sera proposée, en donnant ses coordonnées.
- Le médecin traitant sera informé rapidement par courrier, au mieux non stéréotypé.

L'annonce à un patient atteint d'une maladie mentale ou dont les capacités de compréhension sont affectées par Donata Marra

L'annonce d'un événement indésirable lorsque le patient présente des troubles psychiques ou des capacités intellectuelles limitées fait également appel aux règles préconisées dans ce guide en veillant toutefois à individualiser la démarche en fonction des troubles présentés par le patient.

Certaines pathologies psychiatriques étant susceptibles de s'exprimer sous la forme de troubles de la pensée, du langage et du jugement, ou encore de troubles de la perception de la réalité, de croyances délirantes ou de productions hallucinatoires, la tentation est grande pour les soignants de limiter les informations délivrées, en anticipant que le patient pourrait ne pas avoir les capacités de comprendre ou avoir des réactions inappropriées voire violentes. Peu de littérature existe quant aux modalités d'annonce d'un événement indésirable pour ces patients mais à partir des articles traitant de l'annonce du diagnostic et de l'information délivrée pour le consentement à une recherche biomédicale, plusieurs éléments peuvent être apportés.

- Ces patients sont souvent moins bien informés quant à leur diagnostic, aux effets indésirables des traitements et lors du consentement à une recherche biomédicale ; alors qu'ils sont pour beaucoup aptes à recevoir des informations au même titre que d'autres patients.
- L'annonce nécessite de prévoir une durée de rendez-vous plus importante tenant compte :
 - d'un temps préalable d'évaluation du niveau de compréhension possible par le patient, si besoin en s'appuyant sur un psychiatre référent ou un membre de l'entourage ;
 - de la nécessité de procéder progressivement, en plusieurs temps, en répétant l'annonce et en s'assurant au fur et à mesure de la compréhension du patient ;
 - de la teneur émotionnelle des informations transmises ; à partir des questions posées par le patient, de la survenue de symptômes évoquant une anxiété (pleurs, mouvements de balancement, tapotements du pied, difficultés respiratoires, etc.), ou d'autres comportements.
- En dehors des patients sous tutelle, toute présence d'un tiers de l'entourage du patient, ou d'un soignant participant à sa prise en charge, est soumise à son autorisation.
- Il est important de tenir compte de l'état psychique du patient lors de l'annonce (diagnostic, hospitalisation récente, traitements en cours, pathologie stabilisée ou non, etc.) et des possibilités de mobiliser l'environnement du patient dans les suites de l'annonce (patients hospitalisés, dans une institution, vivant seuls ou non, etc.).
- Les éléments justifiant éventuellement une limitation ou une non-communication d'informations lors de l'annonce devront être retranscrits et justifiés dans le dossier médical du patient, puis transmis au psychiatre référent ou à défaut au médecin référent.
- Dans les cas particuliers et rares où le patient se sent victime de persécution de la part du milieu soignant, en particulier dans un contexte délirant, il est prudent de délivrer l'information en mettant en première ligne l'institution impliquée dans la survenue de l'événement indésirable et non le seul soignant responsable, si cela est le cas. L'avis du psychiatre référent sera particulièrement utile.
- En l'absence de psychiatre référent, et en fonction de l'état du patient, il peut être opportun de lui suggérer une reprise de contact avec un psychiatre.

Annexe 5. Point juridique : la « nébuleuse » de l'entourage

► L'entourage des patients se compose des personnes suivantes :

- ayants droit ;
- titulaires de l'autorité parentale ;
- conjoint ;
- concubin ;
- curateur ;
- famille ;
- partenaire d'un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- personne de confiance ;
- proches ;
- tuteur.

1. L'information de l'entourage du majeur capable

Principe : s'il est préférable d'associer les proches du patient à l'annonce d'un dommage et de les tenir informés, cela ne peut se faire qu'avec l'accord explicite du patient. En effet, **il n'y a aucun droit à l'information pour l'entourage du patient. Celui-ci peut toujours s'opposer à ce que les informations concernant sa santé soient délivrées. La confidentialité est la règle.**

La seule exception est prévue à l'article L. 1142-4 qui instaure une **obligation d'information a posteriori portant sur les causes et circonstances d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, au bénéfice des ayants droit d'une personne décédée ou du représentant légal d'une personne mineure ou sous tutelle.**

Tempéraments

Cas de diagnostic ou de pronostic grave : la famille, les proches ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct, sauf opposition du patient à cette information (articles L.1110-4 et R.4127-35 du Code de la santé publique).

Cas où la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté : la personne de confiance, légalement désignée, la famille ou à défaut un de ses proches sont **consultés** avant toute investigation ou intervention sauf urgence ou impossibilité (article L.1111-6 du Code de la santé publique).

Cas de la personne décédée : les ayants droit d'une personne décédée peuvent recevoir exclusivement les informations nécessaires pour leur permettre de **connaître les causes de la mort**, de **défendre la mémoire du défunt** ou de **faire valoir leurs droits**, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès (article L. 1110-4 du Code de la santé publique).

Cas de la personne en fin de vie : dans ce cas, prévu par les articles L. 1111-10 à L. 1111-13 du Code de la santé publique, lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'avis de la personne de confiance dans les décisions prises par le médecin prévaut sur celui de toute autre personne de l'entourage, à l'exclusion des directives anticipées, expression directe de la volonté du patient.

Le mandat de protection future : le mandataire peut se voir confier des pouvoirs en matière de protection de la personne qui rejoignent, en fonction de la volonté du mandant, ceux du tuteur mais aussi ceux de la personne de confiance (articles 477 à 494 du Code civil).

... / ...

2. L'information de l'entourage de la personne incapable

Le mineur

Principe : les droits au consentement et à l'information, y compris l'accès au dossier médical, sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale (un seul en cas d'acte usuel). Le patient mineur reçoit une information adaptée à sa maturité et son assentiment aux soins est recherché (articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du Code de la santé publique).

Exception prévue à l'article L.1111-5 dans le cas où la personne mineure s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Les personnes majeures sous mesure de protection

Le majeur sous tutelle : le tuteur reçoit l'information et accède directement au dossier médical mais une information adaptée à l'état de la personne sous tutelle lui est délivrée. Son consentement est privilégié.

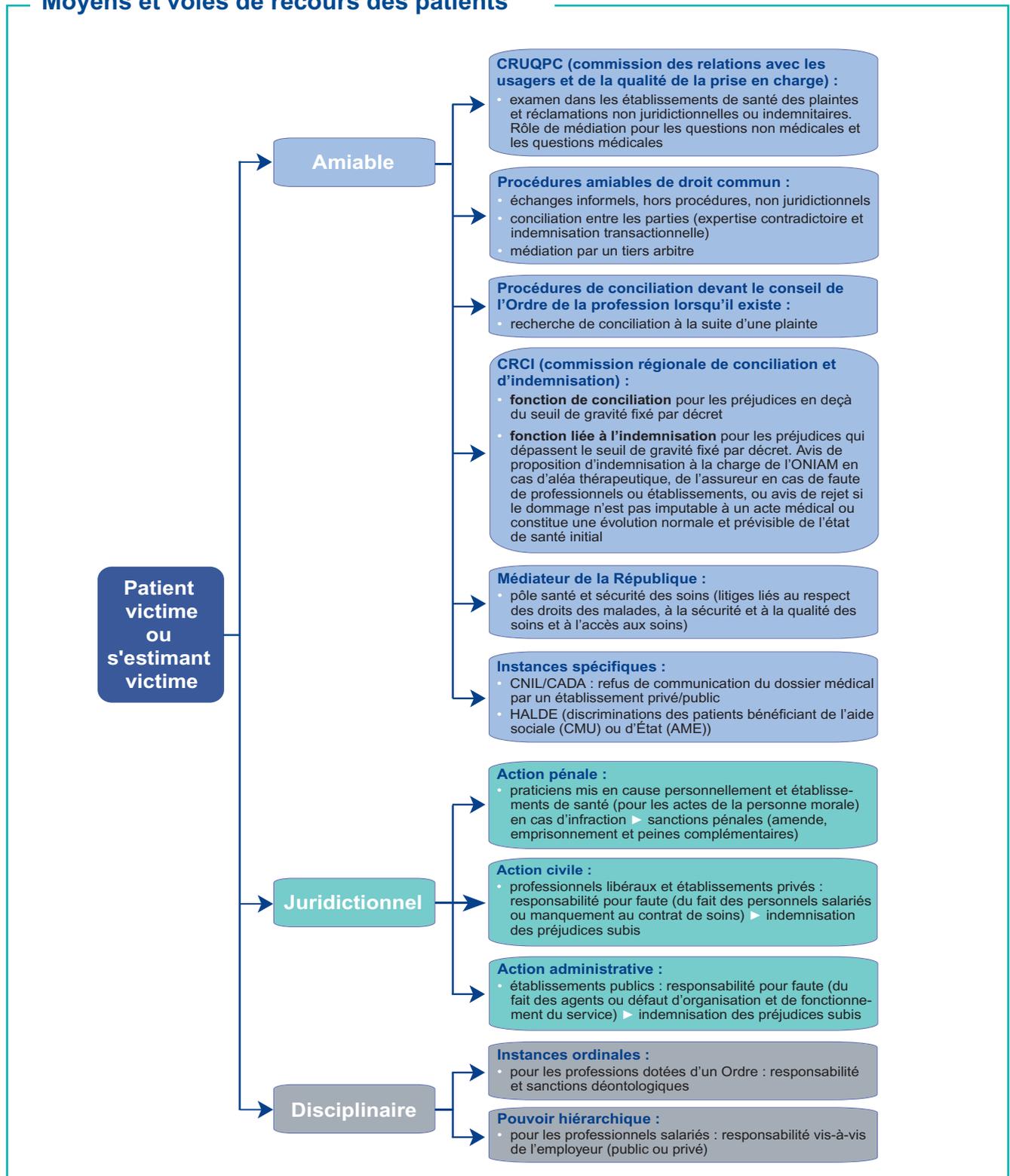
Le majeur sous curatelle et sauvegarde de justice : pour les actes courants, l'information est délivrée au patient qui consent seul aux actes médicaux. Le curateur n'a pas à intervenir et ne dispose d'aucun droit personnel à l'information, mais peut conseiller et assister, si elle souhaite, la personne protégée. Des dispositions particulières prévoient l'information du curateur pour des actes lourds (recherches biomédicales, dons de moelle).

Annexe 6. Point juridique : les voies de recours et d'indemnisation des victimes

Le droit français ouvre aux patients et usagers du système de santé différentes voies de recours, spécifiques ou générales, amiables ou contentieuses en fonction du but recherché (indemnisation, responsabilité pénale, responsabilités déontologiques et disciplinaires). Ces actions ne sont pas exclusives et peuvent être menées simultanément par un patient.

Ce document liste l'ensemble des voies de recours et d'indemnisation existant en France, sans faire prévaloir dans le parcours de lecture un itinéraire usuellement suivi par les patients.

Moyens et voies de recours des patients



Annexe 7. L'annonce d'un dommage du point de vue d'un assureur

Le point de vue d'un assureur : Nicolas Gombault, directeur général du Sou Médical

Les professionnels de santé se trouvent en général démunis vis-à-vis des malades lorsque se produit un événement indésirable grave, l'échec thérapeutique et les complications subies par le malade pouvant les affecter gravement. Pourtant, plus que jamais en pareil cas, la compassion et l'empathie vis-à-vis des malades doivent être de mise.

La victime d'un dommage a droit en premier lieu à une information sur ce qui s'est passé (circonstances et causes du dommage) et en second lieu à un accompagnement et une prise en charge adéquats.

Cette information est un devoir légal, mais c'est avant tout au titre de son devoir d'humanisme que le praticien doit agir.

Ajoutons que la transparence et la compassion, sans paternalisme, sont de nature à éviter la plainte sanction et notamment la plainte pénale qui est particulièrement traumatisante pour le praticien.

Informé le malade sur ce qui s'est passé, dire la vérité ne signifie pas cependant reconnaître sa responsabilité.

La responsabilité est une notion juridique complexe (elle nécessite la réunion de trois conditions cumulatives, une faute, un préjudice et un lien de causalité entre les deux) que le praticien n'est pas à même d'apprécier seul.

C'est la raison pour laquelle les contrats d'assurance des professionnels prévoient de façon usuelle qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction qui interviendrait en dehors de l'assureur ne lui serait opposable.

Glossaire

► Aléa thérapeutique

L'aléa thérapeutique est défini par le juge comme la « réalisation en dehors de toute faute du praticien d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne peut être maîtrisé » (*Cour de cassation 1^{re}, 8 novembre 2000 - Cour d'appel de Paris, 19 janvier 2007 et 30 octobre 2009*).

La loi du 4 mars 2002 à l'article L. 1142-1 II° ne reprend pas ce terme d'aléa thérapeutique mais instaure un régime d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, infections nosocomiales et affections iatrogènes en l'absence de faute d'un professionnel ou d'un établissement public ou privé. Ce régime repose sur trois conditions cumulatives et indispensables :

- un préjudice directement imputable à un acte de diagnostic, de prévention ou de soin ;
- des conséquences anormales pour le patient : disproportion entre le résultat de l'acte et l'évolution normale et prévisible de l'état de santé de la personne ;
- le dommage doit avoir atteint un seuil de gravité fixé par décret.

► Défaillance

Altération ou cessation de l'aptitude d'un système à accomplir sa mission. La défaillance est distincte du défaut qui se trouve lui, dès l'origine, dans un système, et qui est l'écart entre la caractéristique d'une entité et la caractéristique voulue, cet écart dépassant une limite définie d'acceptabilité (*Anaes, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, 2003*).

► Dommage

Dégât ou préjudice subi par des personnes dans leur corps (dommages corporels) ou dans leur patrimoine (dommages matériels) - (*Anaes, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, 2003*).

► Erreur médicale

L'erreur médicale recouvre 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.

► Événement indésirable

Situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : dysfonctionnement (non-conformité, anomalie, défaut) ; incident ; événement sentinelle ; précurseur ; presque accident ; accident (*Anaes, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, 2003*).

► Événement indésirable associé aux soins en établissement de santé

Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (*Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé*).

► Événement indésirable grave

Selon le protocole d'avril 2008 de l'expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins (EIG), les critères de gravité retenus définissant un événement indésirable grave sont :

- décès, mise en jeu du pronostic vital ou perte permanente d'une fonction ;
- hospitalisation en réanimation ou réintervention non programmée au décours d'un acte thérapeutique.

(InVS, Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) en établissement de santé, 2008).

Dans l'étude ENEIS, les événements indésirables identifiés [...] ont été considérés comme graves à partir du moment où ils étaient susceptibles d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour, s'ils pouvaient être à l'origine d'un handicap ou d'une incapacité à la fin de l'hospitalisation ou s'ils étaient associés à une menace vitale ou à un décès. Tous les événements indésirables à l'origine d'une hospitalisation ont été, par définition, considérés comme graves (*DREES, Études et résultats - n° 398, mai 2005*).

► Presque accident ou *near-miss*

Situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter (*Anaes, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, 2003*).

Recherche documentaire

Stratégie de recherche documentaire

Une recherche documentaire approfondie a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques, voire si besoin d'autres bases de données spécifiques.

Les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international ont été investigués. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) ont été explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) ont été recherchés. Les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème ont également été consultés. Par ailleurs, l'examen des références citées dans les articles analysés a permis de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres du groupe de travail ont transmis des articles de leur propre fonds bibliographique.

Les recherches initiales ont été réalisées dès le démarrage du projet et ont été mises à jour régulièrement jusqu'au passage au Collège de la HAS. Les langues retenues ont été le français et l'anglais.

Les sources suivantes ont été interrogées

- pour la littérature internationale : la base de données Medline ;
- pour la littérature francophone : la Banque de données en santé publique ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- les sources spécialisées en épidémiologie, économie, éthique, réglementation, etc. (selon les thèmes).

La stratégie de recherche dans les bases de données a fait appel aux mots clés suivants

- Disclos* OR reveal* OR revelation* OR divulgation* OR patient safety OR quality management OR quality improvement OR Truth disclosure[mesh] OR disclosure[mesh] OR safety management[mesh] OR total quality management[mesh] OR apolog* OR regret* OR sorry
- Adverse event* OR medical error* OR (errors AND medical) OR apology* OR Medical errors[mesh] OR malpractice[mesh] OR diagnostic errors[mesh] OR injur*
- Method* OR strateg* OR litigat* OR barrier* OR lawsuit* OR patient safety OR apology* OR sorry OR protocol* OR competenc* OR Physician-patient relations[mesh] OR attitude of health personnel[mesh] OR Health Knowledge, Attitudes, Practice[mesh]

L'ensemble de cette stratégie de recherche documentaire a permis de retenir, pour le guide hors annexes, 46 références, sur 380 analysées et 1 413 identifiées. Le guide dans son ensemble compte 66 références citées.

Bibliographie

1. Lienhart A. Conduite à tenir en cas de complication anesthésique pouvant avoir des conséquences juridiques. *Anesthésiologie* 2001;47 (17 Suppl du SNARF):2-7.
2. Société de réanimation de langue française, Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F. L'information au patient en réanimation et à ses proches : le point de vue de la SRLF. *Réanimation* 2001;10:571-81.
3. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003;289(8):1001-7.
4. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003;348(11):1051-6.
5. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994;343(8913):1609-13.
6. O'connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care* 2010.
7. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris: Presses Universitaires de France; 2006.
8. Curchod C. Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits. Paris: Masson; 2009.
9. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who made the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320(7237):726-7.
10. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009;18(5):325-30.
11. Galam E. La souffrance du médecin mis en cause par un patient. *Responsabilité* 2009; 9(36):20-3.
12. Éviter l'évitable. Le soignant, l'erreur et son signalement. *Prescrire* 2010;30(320):456-60.
13. Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, Flum DR, Larson EB, Waterman BM, et al. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;166(15):1585-93.
14. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, et al. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;166(15):1605-11.
15. Lamb RM, Studdert DM, Bohmer RM, Berwick DMJ, Brennan TA. Hospital disclosure practices: results of a national survey. *Health Affairs* 2003;22(2):73-83.
16. Judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue ? *Prescrire* 2010;30(321):536-41.
17. Le risque des professions de santé en 2009. *Responsabilité* 2010;HS.
18. Laude A. Les nouveaux défis des professions de santé. La judiciarisation en France sur la trace des États-Unis? [Dossier]. *Les tribunes de la santé* 2010;26:49-59.
19. Pukk-Härenstam K, Ask J, Brommels M, Thor J, Penalosa RV, Gaffney FA. Analysis of 23 364 patient-generated, physician-reviewed malpractice claims from a non-tort, blame-free, national patient insurance system: lessons learned from Sweden. *Qual Saf Health Care* 2008;17(4): 259-63.
20. Kysar D, McGarity TO. Medical malpractice myths and realities: why an insurance crisis is not a lawsuit crisis. *Loyola of La Law Review* 2006;39(2):785-818.
21. Gallagher TH, Bell SK, Smith KM, Mello MM, McDonald TB. Disclosing harmful medical errors to patients. Tackling three tough cases. *Chest* 2009;136(3):897-903.
22. Kraman SS. A risk management program based on full disclosure and trust: does everyone win? *Comp Ther* 2001;27(3):253-7.
23. Bismark MM. The power of apology. *N Z Med J* 2009;122(1304):96-106.
24. Schwappach DLB, Koeck CM. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J Qual Health Care* 2004;16(4):317-26.
25. Kraman SS, Cranfill L, Hamm G, Woodard T, John M. Eisenberg Patient Safety Awards. Advocacy: the Lexington Veterans Affairs Medical Center. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;28(12): 646-50.

26. Rodham Clinton I, Obama O. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med* 2006;354(21):2205-8.
27. Quinn RE, Eichler MC. The 3Rs program: the Colorado experience. *Clin Obstet Gynecol* 2008;51(4):709-18.
28. Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med* 2010;153(4):213-21.
29. Garbutt J, Waterman AD, Kapp JM, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, et al. Lost opportunities: how physicians communicate about medical errors. *Health Affairs* 2008;27(1):246-55.
30. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *J Gen Intern Med* 2005;20(9):830-6.
31. Harvard Hospitals. When things go wrong. Responding to adverse events. Boston: Harvard Hospitals; 2006.
32. National Patient Safety Agency, National Reporting and Learning Service. Being open. Communicating patients safety incidents with patients their families and carers. London: NPSA/NRLS; 2009.
33. Amalberti R, Pibarot ML. La sécurité du patient revisitée avec un regard systématique. *Gestion Hospitalière* 2003;422:18-25.
34. Institut canadien pour la sécurité des patients. Lignes directrices canadiennes relatives à la divulgation des événements indésirables. Edmonton: ICSP; 2008.
35. Christmas C, Ziegelstein RC. The seventh competency. *Teach Learn Med* 2009;21(2):159-62.
36. Sureau C, Lecourt D, David G. L'erreur médicale. Paris: PUF; 2006.
37. Gallagher TH, Denham CR, Leape LL, Amori G, Levinson W. Disclosing unanticipated outcomes to patients: the art and practice. *J Patient Saf* 2007;3(3):158-65.
38. Loren DJ, Garbutt J, Dunagan C, Bommarito M, Ebers AG, Levinson W, et al. Risk managers, physicians and disclosure of harmful medical errors. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36(3):101-8.
39. Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Événement indésirable grave : parlons-en. Paris: AP/HP; 2008.
http://qualite-securite.aphp.fr/IMG/pdf/Guide_09.10.19.pdf
40. Allan A, McKillop D. The health implications of apologizing after an adverse event. *Int J Qual Health Care* 2010;22(2):126-31.
41. Saxton JW, Finkelstein MM. Adverse event management: your evidence to decrease professional liability risk. *J Med Pract Manage* 2008;24(1):5-8.
42. Lazare A. Apology in medical practice. An emerging clinical skill. *JAMA* 2006;296(11):1401-4.
43. Smith N. I was wrong. The meanings of apologies. New York: Cambridge University Press; 2008.
44. Woods MS. Healing words the power of apology in medicine. Second edition ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources; 2007.
45. Wojcieszak D, Banja J, Houk C. The Sorry Works! Coalition: making the case for full disclosure. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32(6):344-50.
46. Shannon SE, Foglia MB, Hardy M, Gallagher TH. Disclosing errors to patients: perspectives of registered nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009;35(1):5-12.
47. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth. Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med* 1997;12:770-5.
48. Rogers CR. Le développement de la personne. Paris: Dunod; 1998.
49. Hirschman AO. Exit, voice and loyalty: Further reflections and a survey of recent contributions. *Social Science Information* 1974;13:7-26.
50. Malaquin-Pavan E. Le deuil. In: Formarier M, Jovic L, ed. Les concepts en sciences infirmières ARSI. Lyon: Édition Mallet Conseil; 2009. p. 142.
51. Kübler-Ross E. Les derniers instants de la vie. Genève: Labor et Fides; 1975.
52. Ruzniewski M. Face à la maladie grave. Paris: Dunod; 1995.
53. Aubry R, Daydé MC. Soins palliatifs, éthique et fin de vie. Paris: Lamarre; 2010.

54. Hanus M. Les deuils dans la vie. Paris: Maloine; 1994.
55. Manoukian A. La souffrance au travail, série prendre soin de soi. Paris: Lamarre; 2009.
56. Ben Soussan P, Gravillon I. L'enfant face à la mort d'un proche : en parler, l'écouter, le soutenir. Paris: Albin Michel; 2006.
57. Union régionale des médecins libéraux de Bourgogne, Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon: UPMLB; 2001.
58. Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France, Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Paris: URML; 2007.
59. Keeton K, Fenner DE, Johnson TR, Hayward RA. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol* 2007;109(4):949-55.
60. Brown RL, Schneidman BS. Physicians' health programs what's happening in the USA? *Med J Aust* 2004;181(7):390-1.
61. Ro KE, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ* 2008;337:a2004.
62. Blais R, Safianyck C, Magnan A, Lapierre A. Médecin, guéris-toi toi-même. Enquête auprès de médecins ayant le programme d'aide aux médecins du Québec. *Méd Fam Can* 2010;56:e384-89.
63. Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. *J Gen Intern Med* 2007;22(11):1544-52.
64. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician* 2008;54(2):234-5.
65. Rosenthal JM, Okie S. White coat, mood indigo depression in medical school. *N Engl J Med* 2005;353(11):1085-8.
66. Marra D, Leblond L, Christin-Maitr S, Allilaire JF, Uzan S, Rouby JJ. Second cycle des études médicales : bilan de quatre ans de fonctionnement du bureau-interface-professeurs-étudiants. *Pédagogie Médicale* 2010;11(Suppl 1):-S1.

Remerciements

Ce projet a été mené pour la Haute Autorité de Santé, dans le service évaluation et amélioration des pratiques (SEVAM), par Céline Schnebelen, chef de projet, en collaboration avec Frédérique Pothier, chef du service, puis Marc Fumey, adjoint au chef du service, avec l'aide d'un groupe projet HAS et d'un groupe de travail externe.

La recherche documentaire a été effectuée par Aurélien Dancoisne, documentaliste et Laurence Frigère, assistante-documentaliste. La mise en forme du guide a été réalisée par Valérie Combe sous la direction de Frédérique Pagès, responsable du service documentation et information des publics.

Merci à Raymond Le Moign, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) de la HAS, à Rémy Bataillon, adjoint au directeur de la DAQSS, à René Amalberti, conseiller sécurité des soins à la DAQSS, et à Philippe Loirat, conseiller technique à la DAQSS, pour leur relecture attentive de ce document, et à Martine Rille, assistante, pour son aide à la gestion du projet.

La HAS remercie également Patrick Flavin, directeur du service juridique de la SHAM, et Nicolas Gombault, directeur général du Sou Médical pour leurs relectures et contributions.

Ce guide a été approuvé, avant diffusion, par le Collège de la Haute Autorité de Santé lors de sa séance du 23 mars 2011.

Participants

Groupe projet HAS

Mlle Céline Schnebelen, chef de projet, pilote

Dr Frédérique Pothier, chef de service, pilote

Dr Bruno Bally, adjoint au chef de service

M. Alexandre Biosse-Duplan

Mlle Emilie de Marco, juriste

Mme Anne Depaigne-Loth, chef de projet

Dr Marielle Lafont, conseiller technique

M. Bruno Lucet, adjoint au chef du service

Mme Monique Montagnon, chef de projet

M. Cédric Paindavoine, chef de projet

Mme Ariane Sachs, juriste

M. Pierre Trudelle, chef de projet

Groupe de travail externe

Mlle Céline Schnebelen, chef de projet, pilote

Dr Frédérique Pothier, chef de service, pilote

M. Marc Fumey, adjoint au chef de service, pilote

Les organismes professionnels, fédérations, institutions, ont été directement sollicités pour désigner leurs représentants au groupe de travail.

Fédération d'établissements

Mme Cécile Benezet-Duteil, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

Dr Bernard Gouget, Fédération hospitalière de France

Mme Catherine Grenier, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

Mme Claude Gueldry, Fédération de l'hospitalisation privée

Mme Pauline Seon, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

Directeurs d'établissements

M. Maxime Morin, Conférence nationale des directeurs de CH

Dr Marie-Laure Pibarot, Conférence nationale des directeurs généraux des CHU

CME

Pr Luc Barret, Conférence des présidents de CME de CHU

Dr Didier Gaillard, Conférence des présidents de CME du secteur privé non lucratif

Dr Thierry Sabountchi, Conférence des présidents de CME de CH

Dr Paul Stroumza, Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée

SRE et cellules régionales d'appui

Dr Didier Fressard, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine

Institutions

Mme Maëlla Beddou, Direction générale de l'offre de soins, bureau qualité et sécurité des soins

Dr Bruno Landi, Le Médiateur de la République, pôle santé et sécurité des soins

Mme Carole Marchal, Autorité de sécurité nucléaire

Dr Alex Mozar, Conseil national de l'Ordre des médecins

Mme Myriam Petit, Conseil national de l'Ordre des infirmiers

Dr Jean-Luc Termignon, Direction générale de la santé

Professionnels de santé

Dr Frédérique Brudon, Fédération des spécialités médicales

Mme Alice Choplin, Association française des directeurs de soins

Dr Patricia Lefébure, Collège de la médecine générale

Pr Yves Maugars, Fédération des spécialités médicales

Pr Jacques-Yves Nordin, ORTHORISQ

Dr Véronique Wilthien, Collège de la médecine générale

Associations gestionnaires de risques

Dr Annick Macrez, Association française des gestionnaires de risques sanitaires

Dr Benoit Misset, Société française de gestion des risques en établissement de santé

Usagers

M. Guy Bossy, UFC-Que Choisir

Mme Michèle Chataigner-Erisse, Association des accidentés de la vie

Mme Marie-Solange Julia, Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux

Mme Marianick Lambert, Collectif interassociatif sur la santé

M. Marc Morel, Collectif interassociatif sur la santé

Mme Claude Rambaud, Le LIEN

Experts invités *intuitu personae*

Mme Laure Albertini-Dittrick, directeur du département des droits du patient et des associations, AP-HP

Mme Marie-Claude Daydé, infirmière libérale

Pr Armelle Debru, Espace éthique de l'AP-HP

Mme Sylvie Fainzang, anthropologue, directeur de recherche, Inserm

Dr Eric Galam, médecin généraliste, groupe REPERES

Mme Véronique Ghadi, sociologue

Dr Bernard Idoux, directeur des soins, UGECAM Alsace

Dr Donata Marra, psychiatre, AP-HP



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr