

Accidents liés aux soins : comment améliorer l'expérience des patients et de leurs proches ?

6,2 EIG
pour 1 000 jours
d'hospitalisation
(9,2 en chirurgie
et 4,7 en médecine)

Les personnes victimes d'accidents médicaux (et leurs proches) peuvent s'estimer doublement pénalisés dans la mesure où s'ajoute au fardeau de la maladie une prise en charge qui a occasionné un problème supplémentaire ou une aggravation de leur condition initiale. Leur expérience traumatisante exige un effort particulier d'information et d'accompagnement de la part de l'établissement et des professionnels de santé. Ces derniers ne savent pas toujours comment faire face au mieux à cette situation.

L'enquête sur les événements indésirables graves associés aux soins (**ENEIS**) **rééditée en 2009** montre que la fréquence des événements indésirables graves (EIG) survenus pendant l'hospitalisation est de

6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Il s'agit ainsi d'une préoccupation majeure pour les patients comme pour les professionnels de santé. Les données de la littérature internationale confirment ces chiffres et montrent qu'environ 10 % de ces EIG sont fatals et que la moitié est évitable. Ainsi leur prévention, leur identification rapide, leur récupération et/ou leur atténuation constituent des priorités pour les professionnels de santé, à laquelle les patients et leurs proches ne peuvent qu'être associés. Si des progrès ont été effectués, notamment dans le cadre du Programme National pour la Sécurité des Patients 2013-2017, des étapes critiques comme l'annonce d'un dommage associé aux soins ou l'analyse de l'ensemble des causes profondes de chaque événement sont considérés comme largement perfectibles¹.

Ce document a été rédigé pour répondre aux questions suivantes :

- que peuvent apprendre les professionnels ?
- qu'attendent les patients ?
- comment faire pour mieux gérer les événements indésirables (qui doit intervenir, à quel moment, dans quel lieu, avec quelle méthode...) ?

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3232022/fr/rapport-annuel-d-activite-2019-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs

Le patient... et ses proches



L'entourage proche

Dans ce texte, les préconisations relatives à la prise en charge des patients concernent aussi leur entourage proche. Il peut s'agir des parents pour les enfants, des tuteurs pour les personnes âgées ou handicapées, des personnes de confiance et des membres de la famille présents à leur côté.

L'application de ces préconisations doit être adaptée à chaque situation personnelle et au contexte. Ainsi, l'information du patient avant sa prise en charge est un élément essentiel, mais les soins pratiqués en urgence ne le permettent pas toujours : elle devra donc être reportée. Quant aux tuteurs, ils ne sont pas toujours joignables immédiatement pour recueillir les informations.

Bien informé en amont, le patient peut jouer un rôle déterminant pour prévenir et détecter les situations à risque d'accident lié aux soins

Une information éclairée du patient donnée avant tout acte de soin, et en particulier avant tout acte invasif ou interventionnel, permet d'associer le patient à la prévention des événements indésirables associés aux soins et donc contribue à les prévenir. L'information préalable des patients améliore ainsi la sécurité de leur prise en charge.

Mais le stress, l'inquiétude ou la douleur des patients réduisent leur capacité d'écoute, alors même que les explications médicales sont souvent techniques et complexes.

La remise de documents d'information des patients et l'échange autour du consentement sont des leviers. Ces documents doivent être structurés, comporter des données validées, et être facilement compréhensibles.

Mais l'information, même formulée de manière satisfaisante, n'est pas toujours comprise. La Haute Autorité de Santé propose ainsi, comme d'autres organismes internationaux, l'outil « FAIRE DIRE » qui vise à améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers. Elle repose sur la reformulation par le

patient de l'information donnée par le professionnel de santé. Son utilisation permet de s'assurer que les informations et les consignes reçues par le patient sont bien prises en compte et retenues. Il comporte trois étapes successives :

- ➔ Expliquer
- ➔ FAIRE DIRE
- ➔ Réexpliquer si nécessaire

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire



Enfin, au-delà de l'obligation légale qui s'impose à tout professionnel de santé, l'information du patient sur son parcours de soin et la recherche de son consentement éclairé améliorent son expérience. Informé, le patient est plus vigilant. **Il peut repérer précocement un écart**

par rapport au parcours attendu, voire une erreur manifeste. Identifié tôt, un dysfonctionnement peut souvent être interrompu et récupéré. Il est donc souhaitable d'encourager chaque patient à faire part de son expérience lorsqu'il observe un événement imprévu ou inhabituel dans sa prise en charge. Tout professionnel de santé doit écouter avec bienveillance un patient qui, avec ses mots à lui, signale ce qui est, peut-être un événement précurseur.

Plus largement, les patients et leurs proches devraient être incités à signaler les éventuels problèmes qu'ils ont rencontrés, même si ceux-ci n'ont pas abouti à un événement indésirable. Il est également important que les professionnels de santé s'assurent que pour chaque signalement effectué, le patient reçoit rapidement une information en retour sur la suite donnée. Cette information qui rassure et sécurise doit être maintenue tout au long du parcours hospitalier du patient et souvent ultérieurement ; elle peut reposer sur l'identification d'un « référent » coordonnateur pour le patient, garant de l'information donnée et recours en cas de difficulté.

Le patient et l'équipe médicale lorsque l'accident survient

La prise de conscience de l'accident peut intervenir à la fin de la prise en charge, voire après. Inversement, elle peut se construire progressivement, notamment lorsque l'accident résulte d'une succession de défaillances. Ce dernier cas pose la question de l'écoute du patient par l'équipe soignante tout au long de son parcours de soins, et de l'interaction entre le patient et l'équipe pour « récupérer » une erreur et un ou plusieurs événements précurseurs en amont de l'accident.

Il est nécessaire de prendre le temps de favoriser l'expression du patient en particulier lorsque celle-ci devient insistante :

- ➔ en stimulant l'expression par l'amplification : « pouvez-vous en dire plus... »
- ➔ en reformulant de façon simple : « si j'ai bien compris vous voulez dire... »
- ➔ en clarifiant le discours par un feedback : « dans tout ce que vous avez dit, voilà ce que j'ai entendu... »
- ➔ en aidant le patient à approfondir le point qui paraît central : « si j'ai bien compris, vous souhaiteriez davantage d'explications sur... »



Une réflexion est à construire sur la meilleure manière de retranscrire et de communiquer autour de l'expérience du patient avec l'équipe, en restant fidèle à son récit.

De l'évènement précurseur à l'accident

Ainsi que le démontre la pyramide des risques de Bird, seule une faible proportion des situations à risque et des erreurs conduit à un accident. Dans la majorité des cas, les erreurs et leurs causes sont identifiées avant qu'elles ne conduisent à un accident, de sorte qu'elles sont « récupérées » et restent au stade de presque accidents ou évènements précurseurs².

Mais le contexte, l'urgence, la fatigue, ... peuvent éteindre la vigilance des professionnels et l'évènement peut ne pas être récupéré.

Ce document est axé sur les évènements graves, mais les évènements qui ont été récupérés sont tout aussi importants pour améliorer la sécurité de la prise en charge des patients. Il est important d'inciter les patients à les signaler, et du devoir des professionnels de les analyser avec les mêmes méthodes et principes que les accidents.

²<http://www.isrs.net/A-Tribute-to-Frank-Bird>

Les relations avec le patient et ses proches à distance de l'accident

L'annonce de l'accident

L'indisponibilité des professionnels de santé et notamment de l'équipe médicale, une mauvaise connaissance du patient et de sa situation, l'absence d'affect, une distance thérapeutique excessive (dialogue pauvre et langage technique) sont les causes les plus fréquentes de difficultés et de mauvaise expérience patient, voire d'échec et de conflit.

Qu'il s'agisse d'un aléa thérapeutique ou d'une erreur, les professionnels doivent être joignables, ne pas fuir, expliquer et savoir dire les choses, reconnaître les faits et les assumer si cela est pertinent. La présence d'un tiers, par exemple un(e) infirmier(e) est souhaitable.

Les précautions à respecter sont celles de toute annonce d'évènement grave, tel qu'une maladie grave (en oncologie par exemple) ou un décès. L'annonce doit comporter trois temps : un premier temps d'annonce proprement dite ; un second temps pour vérifier que l'annonce a été bien comprise ; un troisième temps pour vérifier que l'on a répondu à toutes les questions et laisser la porte ouverte pour d'autres questions.

La conduite de l'annonce doit être effectuée par des professionnels ayant été

impliqués dans l'évènement, en respectant les recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé (*).

Les réponses aux premières questions

Avant l'entretien, il est indispensable de repérer en équipe les freins à l'information sur un incident.

En cas d'évènement fatal, il est nécessaire de prendre le temps d'écouter la famille sur ses interrogations et ses attentes. Les professionnels qui préparent une telle rencontre sont plutôt enclins à décrire les détails de l'ensemble de la prise en charge, alors que la demande de la famille est parfois beaucoup plus simple, centrée sur une incompréhension. En première intention, il faut juste prendre le temps et savoir écouter.

Il est indispensable d'être précis sur l'évènement indésirable dont on parle et sur le déroulé du parcours. Ce point est d'autant plus important que l'absence ou l'insuffisance de la communication aux différentes étapes d'un parcours complexe et aux interfaces entre ces étapes sont fréquentes.

Avant même d'être factuel, il est important de rentrer en empathie avec le ou les interlocuteur(s).

La rencontre de la Direction de l'établissement de santé, autour des dysfonctionnements à l'origine de l'accident et des mesures correctrices à mettre en œuvre est un gage de transparence, de confiance et d'efficacité. Les Directions devraient ainsi proposer de manière systématique, en cas d'évènement « grave », une rencontre avec le patient et/ou ses proches, sans attendre leur demande.

La « culture de sécurité » développée au sein de l'établissement de santé ou médico-social favorise la déclaration des évènements indésirables et leur prise en compte à des fins de prévention. Lorsque des évènements indésirables apparaissent au travers des signalements comme récurrents dans un établissement ou un service, il est de la responsabilité de la gouvernance de s'assurer de leur analyse, de communiquer largement pour mobiliser les professionnels et de valoriser les actions menées.

Le suivi ultérieur : « plus jamais... »

Chaque patient et ses proches sont différents, chaque accident l'est aussi. Il convient de prendre en compte le positionnement et la personnalité de l'interlocuteur.

Au-delà de l'expression de leur douleur, la plupart des patients ou proches veulent que l'accident considéré ne puisse plus se reproduire, que leur expérience conduise à un changement de pratiques.

Certains souhaitent s'exprimer d'emblée, dès que possible, pour témoigner sur leur vécu et obtenir une amélioration immédiate des pratiques de nature à prévenir le renouvellement de l'évènement.

Les réunions de retour d'expérience (Comité de Retour d'Expérience – CREX – ou Revue de Mortalité et de morbidité – RMM –) sont essentielles. Tout évènement indésirable grave doit ainsi être le début d'une démarche et d'un renforcement de la culture de sécurité et de qualité. Le retour d'expérience impose qu'une analyse systémique soit conduite et donc que les mesures non punitives de correction ou d'amélioration soient apportées. Une erreur ne survient jamais seule ; si elle a des conséquences graves, c'est parce que le système le permet. Patients et proches concernés doivent être informés de la tenue de ces réunions et des principales décisions d'amélioration mises en œuvre.

(*) Se reporter au guide diffusé par la Haute Autorité de Santé « Annonce d'un dommage associé aux soins » (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_4_pages.pdf)

Quel calendrier ?

Quelques réunions d'équipe réalisées sur une période brève de 2 à 4 mois permettent la mobilisation de tous. La préparation de la certification par la HAS, qui fait une place importante à l'expérience des patients constitue également une opportunité. L'objet n'est pas de formaliser des procédures, mais de développer une culture de l'écoute et de la transparence.

Quels objectifs ?

Trois **objectifs principaux** sont à partager en équipe :

1. Hors urgence vitale, associer chaque patient à toutes les actions de prévention des événements indésirables, en s'assurant de sa compréhension et de sa participation ;
2. Lorsqu'un événement indésirable est survenu, qu'il ait pu ou non être récupéré ou atténué, fournir sans délai au patient (ou à ses proches) des explications transparentes et facilement compréhensibles ;
3. Reconnaître les erreurs, tout en expliquant qu'un événement indésirable résulte de causes multiples et non d'une erreur isolée, et garantir au patient (ou à ses proches) qu'elles seront toutes envisagées et seront corrigées si nécessaire.

Comment s'organiser ?

1. La **simulation** « relationnelle » utilisant des jeux de rôle et des scénarii variés est la méthode de choix pour améliorer les relations avec les patients à toutes les étapes de leur parcours. Elle permet de former les professionnels de santé :
 - À l'écoute d'un événement inhabituel rapporté par le patient,
 - À l'annonce d'un événement indésirable associé aux soins.Elle permet d'expérimenter et de comprendre quelques règles simples, dont la nécessité de procéder par étapes (DIRE – FAIRE DIRE – REDIRE) et de toujours conduire les annonces en binôme. Enfin, la simulation peut aussi être utilisée pour aider les professionnels à traduire en langage adapté au patient un compte-rendu médical souvent technique.
2. La méthode du **patient traceur** permet de préparer les équipes à mieux prendre en compte l'expérience des patients... et à donner du crédit à ce que dit le patient notamment à l'occasion d'un événement indésirable.
3. Des **représentants des usagers** et des **patients partenaires** peuvent contribuer à identifier et corriger les points faibles dans les relations entre professionnels de santé et patients (ou leurs proches) en cas d'évènement indésirable.
4. Après un accident, **les victimes** elles-mêmes (patients ou proches) peuvent, d'emblée ou secondairement, être sollicitées et associées à la définition et au suivi des mesures de prévention.

merci !

Liste des membres du groupe de travail sous la coordination de Jean Petit de l'IFEP : Bruna Alves, Charles Amaudruz, Laurent Boronad, Claude Cottet, Céline Gallet, Jamila Hedjal, Hélène Henocq, Emeline Mandeville, Jean Petit, Chantal Sicre, Aurore Vinolas, Hubert Watukulasu ;

Remerciements également à France-Assos-Santé et à l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (Oniam).

Rejoignez la communauté des membres de l'IFEP, venez partager votre expérience et proposer vos idées pour améliorer l'expérience patient en pratique

experiencepatient.fr - contact@experiencepatient.fr



e Institut
français
expérience
patient