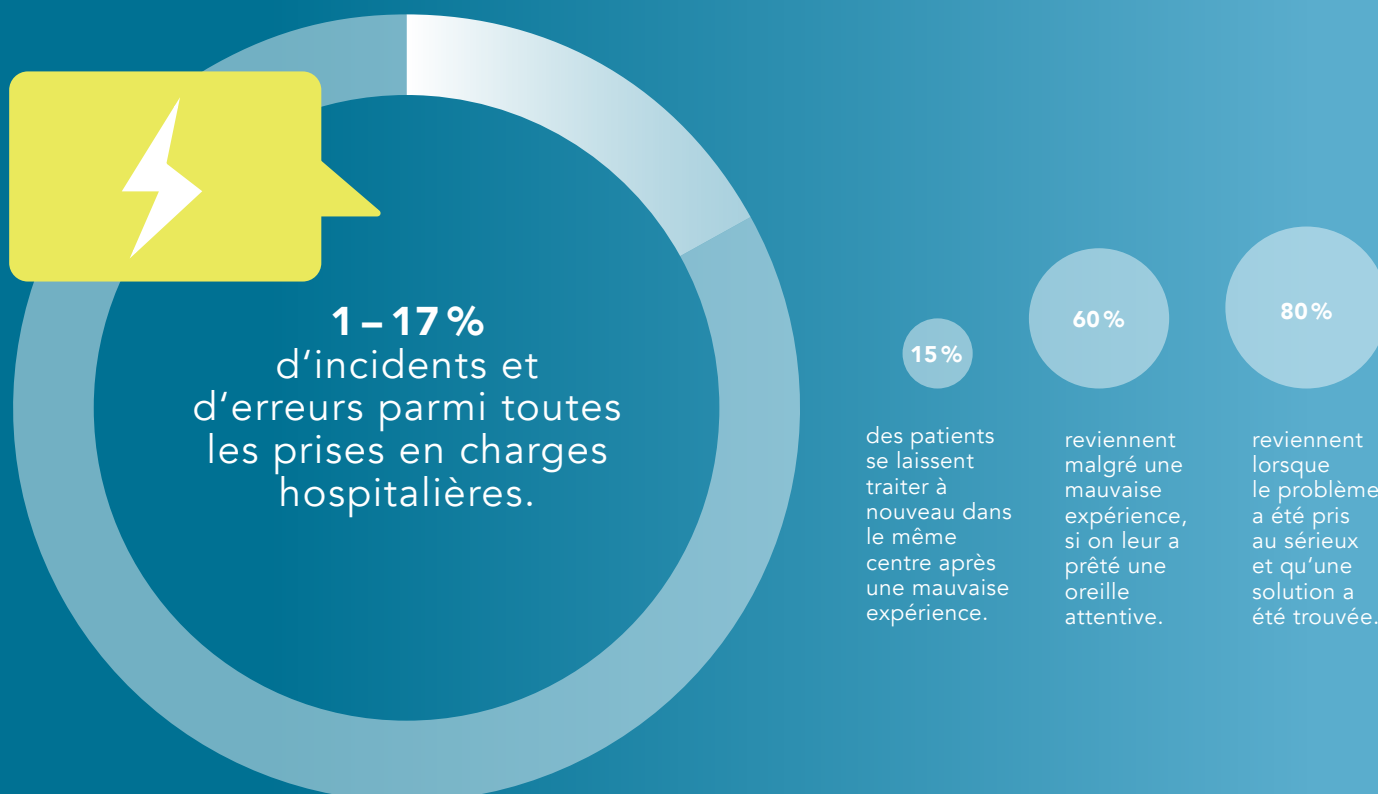


## COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS ET LEURS PROCHES APRÈS UN INCIDENT

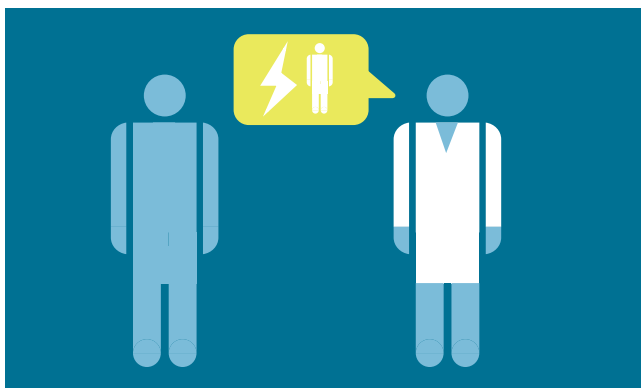
Certains incidents et erreurs ne peuvent être évités, mais leur incidence peut souvent être réduite. Ils sont une chance, car nous pouvons en tirer un enseignement et cela vaut également pour les incidents en médecine.<sup>1-6</sup> Cependant, pour en tirer un enseignement, il faut pouvoir les reconnaître et les assumer, ce que nous avons généralement du mal à faire. Communiquer correctement un incident est une preuve de professionnalisme et de respect envers le patient et ses proches. C'est un acte aussi important que l'incident lui-même et ses conséquences.<sup>7,8</sup>

Une bonne communication assure la relation de confiance entre le/la patient(e) et l'équipe soignante pour une gestion constructive des incidents ou des problèmes.<sup>9,10</sup>



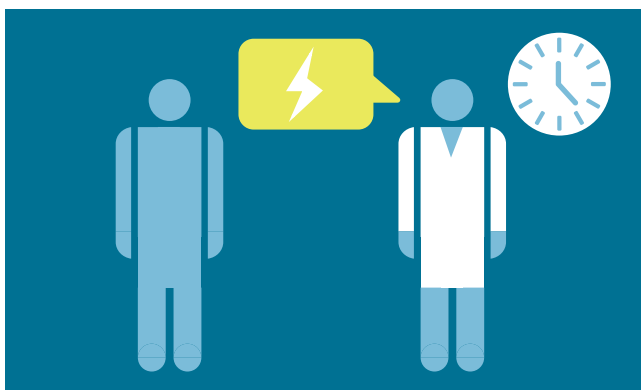
Auteurs : Prof. Dr. C. Hofer, Prof. Dr. C. Czarnetzki, Prof. Dr. B. Rehberg-Klug, Dr. Ph. Schumacher

Support de la fondation



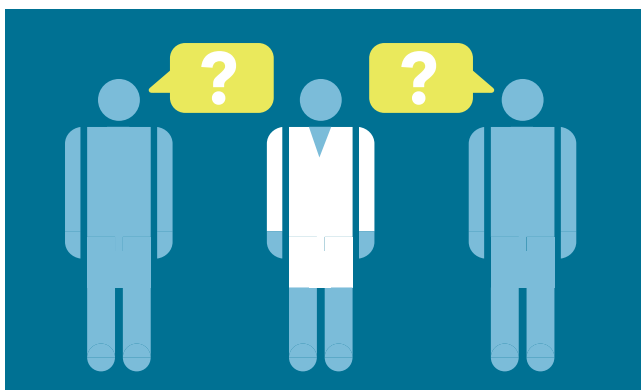
## 1. APRÈS UN INCIDENT

Il est impératif de prévenir d'autres dommages. Seuls les incidents ayant eu un impact réel sur le/la patient(e) sont communiqués et la procédure doit être coordonnée.<sup>9</sup>



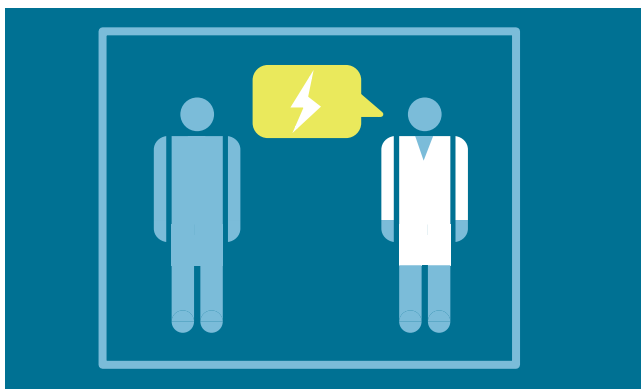
## 2. QUAND?

En cas d'incident, il convient de rechercher le plus rapidement possible le dialogue avec le patient et/ou ses proches et ce dès que l'on dispose d'informations fiables.<sup>11</sup>



## 3. QUI?

La personne responsable de l'équipe soignante avec laquelle le/la patient(e) a établi une relation de confiance. Par la suite, toute la communication devrait, dans la mesure du possible, passer par cette même personne.<sup>12</sup>



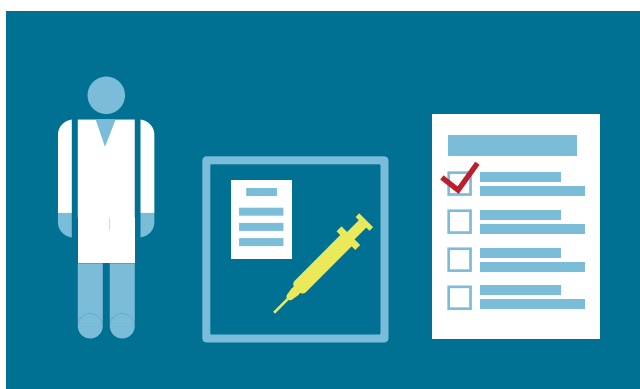
## 4. OU?

L'entretien devrait avoir lieu dans un endroit calme, respectant l'intimité du/de la patient(e).<sup>7</sup>



## 5. QUOI?

1. Expliquer ce qui s'est passé. Communiquer uniquement des faits et non pas des suppositions.
2. Exprimer des regrets.
3. Expliquer les conséquences et la prise en charge nécessaire.
4. Proposer une autre équipe.
5. Signaler ce qui a été fait pour qu'une telle erreur/un tel incident ne se produise plus.<sup>7-9</sup>



## 6. NOUVELLES MESURES APRÈS UN INCIDENT GRAVE

A

1. Les incidents graves sont la responsabilité des chefs: impliquer le médecin-chef et la direction de l'hôpital.
2. Tous les dossiers, les appareils et les médicaments utilisés (y compris les déchets) doivent être conservés.
3. Un recueil de données doit être créé.

B

1. Le cas échéant, transférer le cas/le patient à une autre équipe soignante.
2. Déclaration aux autorités et aux assureurs de responsabilité civile (en cas d'incertitude: médecine légale), information aux patients et à leurs proches.
3. Définir une stratégie de communication interne et externe.

C

1. Montrer aux patients et à leurs proches où ils peuvent obtenir une aide financière et en matière de loi (par exemple, les associations de patients).
2. Planifier des réunions de suivi avec les patients et leurs proches.
3. Amélioration de la qualité: inscription dans le CIRS, analyse de l'incident et des mesures pour éviter une récurrence.



## Références

1. Institute of Medicine (U.S.), Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-71
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000; 38: 261-71
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. Brit Med J 2001; 322: 517-9
6. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hebert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Can Med Assoc J 2004; 170: 1678-86
7. McNab D, Bowie P, Ross A, Morrison J. Understanding and responding when things go wrong: key principles for primary care educators. Educ Prim Care 2016; 27: 258-66
8. Preparing for when things go wrong. BMJ 2016; 354: i4627
9. Stephens S. The Value of Sharing Mistakes: What Goes Right After Things Go Wrong. Biomed Instrum Techno 2016; 50: 194-6
10. Scott G. Service recovery. The art of making things right when things go wrong. Healthc Exec 2009; 24: 44, 46-7
11. Wittich CM, Burkle CM, Lanier WL. Medication errors: an overview for clinicians. Mayo Clin Proc 2014; 89: 1116-25
12. Levinson W. Disclosing medical errors to patients: a challenge for health care professionals and institutions. Patient Educ Coun 2009; 76 : 296-9
13. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. Int J Qual Health Care 2015; 27: 418-20
14. Hall JK. Legal consequences of the moral duty to report errors. JONAS Healthc Law Ethics Regul 2003; 5: 60-4
15. Leone D, Lamiani G, Vegni E, Larson S, Roter DL. Error disclosure and family members' reactions: does the type of error really matter? Patient Educ Couns 2015; 98: 446-52

# FSPA

Fondation pour la  
sécurité des patients  
en anesthésie

---

SPSA / FSPA  
info@spsa-fspa.ch  
www.spsa-fspa.ch