Lignes directrices nationales relatives à la divulgation

PARLER OUVERTEMENT AUX PATIENTS* ET AUX PROCHES

* Dans le présent document, le genre masculin est utilisé au sens neutre et désigne les femmes autant que les hommes.

cpsi icsp
Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien pour la sécurité des patients
Safe care…accepting no less
Soins sécuritaires…n'acceptons rien de moins

cpsi icsp

Canadian Patient Safety Institute

Institut canadien pour la sécurité des patients

Canadian Patient Safety Institute
Suite 1414 , 10235 - 101 Street
Edmonton, AB, Canada
T5J 3G1
Toll Free: 1-866-421-6933
Phone: 780-409-8090
Fax: 780-409-8098

Institut canadien pour la sécurité des patients
Bureau 410, 1150 chemin Cyrville
Ottawa, (Ontario) K1J 7S9
Téléphone: 613-730-7322
Télécopieur: 613-730-7323

Citation suggérée :
Groupe de travail sur la divulgation. *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : parler ouvertement et honnêtement aux patients et aux proches.* Edmonton, Alberta. Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011.

Cette publication est disponible pour téléchargement gratuit de : **www.securitedespatients.ca**

L'Institut canadien pour la sécurité des patients tient à souligner qu'elle a obtenu un soutien financier de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

ISBN: 978-1-926541-39-6 (imprimé)
ISBN: 978-1-926541-37-2 (en ligne)

Ce document a été créé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui a fusionné avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé sous le nom d'Excellence en santé Canada. Il peut encore contenir des références aux anciens organismes ainsi que leurs logos et leurs identités visuelles.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DIVULGATION 2011

Brent Windwick	***Président du Groupe de travail***
Diane Aubin	Institut canadien pour la sécurité des patients
Paula Beard	Institut canadien pour la sécurité des patients
Mike Boyce	Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Donna Davis	Les patients pour la sécurité des patients du Canada
Orvie Dingwall	Université du Manitoba
Sherry Espin	Université Ryerson
Beth Kiley	Capital District Health Authority (Nouvelle-Écosse)
Christina Krause	Patient Safety & Quality Council de Colombie-Britannique
Amy Nakajima	L'Hôpital d'Ottawa
Gordon Wallace	Association canadienne de protection médicale

GROUPE DE TRAVAIL DE 2008 SUR LA DIVULGATION

affiliations 2008

Brent Windwick	***Président du Groupe de travail***
Paula Beard	Institut canadien pour la sécurité des patients
Elaine Borg	Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
Mike Boyce	Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Pierre Deschamps	Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain
Ward Flemons	Health Quality Council of Alberta (HQCA) depuis sept. 07
Ronald Guse	*Manitoba Pharmaceutical Association,* Association des pharmaciens du Canada, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie
Carolyn Hoffman	Institut canadien pour la sécurité des patients
Beth Kiley	Association canadienne des soins de santé
Katharina Kovacs Burns	Représentation publique, Coalition pour de meilleurs médicaments
Christina Krause	Rep. de l'HQCA, mai à août 2006, conseillère spéciale depuis sept. 06
Susan Kwolek	Collège canadien des directeurs de services de santé
Patricia Lefebvre	Association des pharmaciens du Canada, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie
Mary Marshall	Conseillère spéciale (soutien juridique)
Heather McLaren	Santé Manitoba
Jessica Peters	Conseil canadien d'agrément des services de santé
Sylvia Ralphs-Thibodeau	Association des infirmières et infirmiers du Canada depuis nov. 06
Aviva Rubin	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Hélène Sabourin	Association des infirmières et infirmiers du Canada, mai à oct. 06
Jill Taylor	Rep. de l'HQCA, août 06 à mai 07, conseillère spéciale depuis mars 07
Trevor Theman	Fédération des ordres des médecins du Canada
Dawn Vallet	Institut canadien pour la sécurité des patients
Gordon Wallace	Association canadienne de protection médicale
W. Todd Watkins	Association médicale canadienne

Les membres du Groupe de travail sur la divulgation des événements indésirables et l'ICSP remercient le personnel et le directeur général du *Health Quality Council* de l'Alberta pour le leadership dont ils ont fait preuve dans la préparation du cadre de travail provincial sur la divulgation des événements indésirables aux patients et à leurs proches, en 2006, et apprécient les efforts que le Groupe de travail précédant avait faits pour rédiger le document original sur lequel les présentes modifications sont basées. Nous aimerions aussi souligner la contribution importante des personnes suivantes: Anne Matlow, Elaine Orrbine, Denice Klavano, Robert Devitt, Margaret Angus, Karima Bushra, Heather Loughlin et Tanya Goldberg.

NOTE À L'INTENTION DES LECTEURS DU QUÉBEC

Les présentes lignes directrices ont été conçues pour être utilisées dans tout le Canada et le choix des termes a été le fruit d'un consensus.

Cependant, compte tenu des dispositions de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (L.R.Q., c. S 4.2) en vigueur au Québec, certaines adaptations touchant le vocabulaire sont nécessaires. Toutefois, afin de ne pas nuire à la fluidité du texte, nous avons convenu de présenter ces ajustements ci-après.

Vous voudrez bien faire les transpositions nécessaires tout au long de la lecture.

TERMES UTILISÉS DANS LES LIGNES DIRECTRICES	TERMES UTILISÉS AU QUÉBEC
Patient	Usager
Famille ou proches	Proche(s)
Divulgation des incidents	Divulgation des accidents
Préjudices	Conséquences
Incident lié à la sécurité des patients	Accident découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux
Incident préjudiciable	Accident avec conséquences pour l'usager
Incident sans préjudice	Accident sans conséquences mais l'usager a été touché
Incident évité de justesse	Incident échappé belle
Incident préjudiciable et incident sans préjudice et incident évité de justesse	Événements
Soutien aux patients qui ont subi un préjudice	Mesures de soutien offertes aux victimes
Préjudice associé à la prestation des soins de santé	Expression générique qui regroupe l'ensemble des conséquences découlant de la prestation de soins de santé. Elles peuvent ne pas découler d'un accident : effet secondaire ou complication; ou être la conséquence d'un accident : préjudice évitable
Préjudice associé à la prestation des soins de santé	Complications, effets secondaires, risques inhérents
Préjudice résultant de sa maladie	Conséquences de l'évolution de sa maladie
Décideur remplaçant	Représentant légal
Collège	Ordre professionnel

LE POINT DE VUE D'UN PATIENT

La divulgation des incidents liés à la sécurité des patients devrait se fonder sur des principes de sécurité des patients, d'ouverture, de transparence, de responsabilité et de compassion. Lorsque les choses tournent mal, les patients et les proches ont besoin de savoir ce qui s'est passé. Nous avons besoin de savoir quels sont les changements qui ont été faits ou qui seront faits pour empêcher qu'un événement semblable ne se reproduise à l'avenir. Nous avons besoin d'entendre des regrets des personnes les plus étroitement liées à l'événement et, s'il y a lieu, nous avons besoin de voir l'organisation accepter sa part de responsabilité dans ce qui est arrivé.

Lorsque les patients et les proches ont l'impression qu'on leur cache de l'information, ils perdent confiance et ressentent de l'anxiété, des craintes et de la colère. Nous ne nous attendons pas à la perfection. Lorsqu'un incident lié à la sécurité des patients survient, cependant, nous voulons qu'il y ait honnêteté et justice, et nous voulons qu'une leçon en soit tirée. En outre, nous nous attendons à faire partie du processus visant à tirer les choses au clair.

Divulguer un incident lié à la sécurité des patients de manière ouverte, en faisant preuve d'honnêteté et de compassion, est une marque de respect envers le patient et sa famille. Une organisation qui agit de la sorte est digne de notre confiance car elle montre que les besoins du patient et de sa famille passent avant tout.

Lorsque la perte découlant du préjudice est irremplaçable, il faut beaucoup plus qu'une compensation financière pour réparer les torts. Il faut chercher à comprendre les besoins de ceux qui ont subi un préjudice et faire tout ce qui est possible pour les combler.

Donna Davis
Co-présidente du réseau Les patients pour la sécurité des patients du Canada

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 7
Message de Hugh MacLeod 7
Message de Brent Windwick 8
Message du réseau les patients pour la sécurité des patient du canada* 9

Introduction 10
Principes directeurs 11
Importance de la divulgation 11
Perspective du patient 11
Perspective éthique 12
Perspective des organisations de soins de santé 12
Quelques mots sur les mots 12
Classification internationale pour la sécurité des patients 12
Éviter l'utilisation du terme « erreur » dans le contexte d'une divulgation 13
Utilisation du terme « patient » 14
Portée de ces lignes directrices 14

Établir les fondements de la divulgation 15
Soutenir les patients et leurs proches 16
Remboursement des dépenses 17
Soutien aux prestataires de soins 17
Soutenir la divulgation par une culture de la justice 18

Processus de divulgation 20
Excuses – exprimer à quel point « on est désolé » 21
Circonstances dans lesquelles une divulgation doit être faite 22
Étapes de la divulgation 24
Préparation à la divulgation initiale 26
Équipe chargée de la divulgation 26
Rôle des dirigeants et de la direction 27
Contenu de la divulgation 28
Manière de faire la divulgation 29
Contexte et endroit 29
Documentation 30
Résumé 30

Circonstances particulières 31
Divulgation à grande échelle 32
Divulgation à plus d'un patient 32
Divulgation multi-juridictionnelle 34
Patients pédiatriques 34
Patients ayant des problèmes de santé mentale 34
Problèmes de communication 35
Diversité linguistique et/ou culturelle 35
Cadres de recherche 35

Annexes 36
Annexe A – lectures recommandées 37
Annexe B – glossaire 42
Annexe C – éléments recommandés pour une politique en matière de divulgation 43
Annexe D – liste de vérification du processus de divulgation 44
Annexe E – principes de divulgation du réseau les patients pour la sécurité des patients 45

Références bibliographiques 46

AVANT-PROPOS

MESSAGE DE HUGH MACLEOD

Directeur général
Institut canadien pour la sécurité des patients

Lors du dévoilement de son nouveau plan stratégique en 2010, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a clairement exprimé que nous « n'acceptons rien de moins » que des soins sécuritaires. À nos yeux, une organisation qui réussit sur ce plan :

- adopte comme objectif principal de prévenir tous les préjudices évitables que subissent les patients;
- encourage tous les prestataires de soins à faire de la sécurité une priorité dans leur travail;
- encourage et soutient la volonté d'apporter des améliorations à tous les échelons de l'établissement;
- ne devient ni complaisante ni trop confiante lorsqu'elle passe de longues périodes sans connaître d'incidents liés à la sécurité des patients;
- adopte des méthodes de pointe pour mesurer et surveiller le rendement, et en faire rapport.

Le présent document, qui est une version revue et corrigée des lignes directrices relatives à la divulgation publiées originalement en 2008, vise à aider les organisations à réussir en étant ouvertes et honnêtes avec les patients et les proches au sujet des incidents liés à la sécurité des patients. Nous espérons que ces lignes directrices donneront lieu à de nouvelles conversations sur la divulgation des événements indésirables, tout en clarifiant ce qu'il faut faire pour combler du mieux possible les besoins des patients et des proches, et qu'elles contribueront à harmoniser les politiques en matière de divulgation dans l'ensemble du pays. Les organisations prendront le temps de faire une pause et de réfléchir chaque fois qu'une divulgation aura lieu, afin d'en tirer des leçons et d'apporter des améliorations au système et à la façon de combler les besoins des patients et des proches.

Ces lignes directrices reflètent aussi le principal thème directeur de l'ICSP : « Questionnez. Écoutez. Parlez-en. De bons soins commencent par des communications efficaces. » Fidèle à ce thème, l'ICSP a entrepris un processus de consultation exhaustif, sous forme de deux webinaires nationaux auxquels plus de 250 personnes ont participé et d'un sondage auquel 268 personnes ont répondu, pour s'assurer que ces lignes directrices sont soutenues et approuvées par les établissements et les prestataires de soins de santé dans tout le Canada.

L'ICSP a été heureux de fournir du soutien administratif et financier au Groupe de travail sur la divulgation des événements indésirable présidé par M. Brent Windwick. Les efforts du groupe de travail original et du présent groupe de travail sont appréciés avec reconnaissance, car ils soutiennent très fortement la mission de l'ICSP, qui consiste à « inspirer une amélioration extraordinaire de la sécurité des patients et de la qualité ».

[i] Voir la liste des membres du Groupe de travail et les organisations participantes aux pages 2 et 3.

MESSAGE DE BRENT WINDWICK

Président du Groupe de travail sur la divulgation

À la demande de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et avec le soutien et la participation de nombreuses organisations, un groupe de travail a été mis sur pied au printemps 2006 pour élaborer les *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables*. Ces lignes directrices ont pour objectifs :

1 d'encourager les patients et les prestataires de soins à établir des communications qui respectent and address the needs of patients and strengthen relationships.
2 de promouvoir une approche claire et cohérente en matière de divulgation;
3 de promouvoir le travail en équipes interdisciplinaires;
4 de soutenir les apprentissages découlant des incidents liés à la sécurité des patients.

Notre Groupe de travail est extrêmement heureux et fier de l'impact et de l'influence des lignes directrices depuis leur publication en 2008. Si le rythme des changements a été très tangible, c'est en grande partie grâce aux prestataires de soins de santé, aux organisations de soins, aux organismes de réglementation et aux éducateurs d'un bout à l'autre du Canada. Depuis 2008, la divulgation comme élément fondamental de la culture de la sécurité des patients ne cesse de prendre racine partout au Canada grâce aux politiques et aux procédures professionnelles et organisationnelles, notamment dans l'éducation des prestataires de soins. Ces changements ont accéléré le cycle de renouvellement des lignes directrices. En réponse à la demande, nous sommes heureux d'avoir participé à l'élaboration de cette version 2011 des Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables.

Comme en 2008, notre objectif premier consiste à faire en sorte que ces lignes directrices soient pertinentes pour les prestataires et les organisations de soins de santé, les ministères de la santé, les organismes de réglementation des prestataires de soins et les autres organisations publiques. Grâce à ces lignes directrices, nous espérons encourager les individus et les organismes à élaborer ou à améliorer leurs politiques et leurs pratiques en matière de divulgation des incidents liés à la sécurité des patients et à y incorporer les éléments fondamentaux que nous proposons, tout en les adaptant à leurs besoins respectifs.

Dans le domaine des soins de santé, l'évolution d'une culture centrée sur le patient et axée sur la sécurité a permis de faire des progrès considérables pour éliminer les obstacles qui ont toujours nui à la divulgation des incidents liés à la sécurité des patients et à la présentation d'excuses. L'introduction d'une législation sur les excuses dans de nombreuses provinces canadiennes est un changement juridique qui a donné un nouvel élan à cette évolution. Il reste toutefois des défis à relever pour aplanir les tensions qui surgissent lorsqu'on veut communiquer ouvertement avec les patients, faire en sorte que les prestataires de soins se sentent psychologiquement en sécurité et promouvoir les apprentissages continus et les améliorations dans les organisations de soins de santé. Ces défis peuvent être relevés grâce à des politiques de réglementation, des politiques organisationnelles, des pratiques professionnelles exemplaires et la pleine intégration des principes de divulgation dans la formation de premier cycle et de cycles supérieurs des prestataires de soins. Nous espérons que ces lignes directrices continueront à soutenir et à promouvoir ces changements.

MESSAGE DU RÉSEAU LES PATIENTS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DU CANADA*

Depuis que la voix des patients est incluse dans les discussions sur la sécurité des patients, il ne fait plus aucun doute que les patients peuvent – et *doivent* – exprimer leur point de vue afin que le milieu de la santé puisse mieux comprendre les préjudices découlant d'incidents liés à la sécurité des patients et leurs effets sur les patients et les proches. Cela est particulièrement vrai dans le processus de divulgation des événements indésirables. L'opinion éclairée des patients et des proches qui ont été victimes de préjudices et qui sont passés à travers le processus de divulgation est inestimable.

Pendant le processus de divulgation, il est nécessaire de combler les besoins des patients et des proches. Les patients pour la sécurité des patients du Canada, un réseau dirigé par des patients et regroupant des patients et des proches qui ont subi des préjudices, a élaboré un ensemble de principes en matière de divulgation qui découle directement de ce qu'ils ont vécu. Ces principes sont contenus dans l'Annexe F.

Les patients et les proches partout au Canada sont en faveur de la divulgation ouverte et transparente de tout préjudice, car elle répond à un besoin fondamental lorsque les choses tournent mal, tout en raffermissant les relations que patients et proches entretiennent avec les prestataires de soins. À titre de patients et de proches qui ont subi des préjudices, souvent sans qu'ils n'aient été divulgués, nous offrons une voix et un point de vue en appui aux lignes directrices nationales relatives à la divulgation de tout préjudice.

Le réseau Les patients pour la sécurité des patients du Canada croit que la divulgation est un processus qui se caractérise par des communications ouvertes et l'échange d'information. Il s'agit d'un processus et non d'une simple conversation. Nous reconnaissons que le respect, la compassion, l'honnêteté et la patience sont indispensables à ce processus, car il faut du temps pour réunir tous les faits et toute l'information nécessaire.

Nous croyons que les patients et les proches doivent recevoir des excuses lorsqu'ils sont victimes d'un préjudice. Nous savons qu'ils vivent beaucoup de stress dans de telles situations et qu'ils ont besoin de soutien.

Nous reconnaissons aussi que la divulgation d'un préjudice est souvent nécessaire à la guérison. Il faut rétablir le lien de confiance entre les patients et les proches, d'une part, et les prestataires de soins de santé, d'autre part.

Enfin, la divulgation est nécessaire pour que des leçons puissent être tirées et que la sécurité des patients soit améliorée. Nous croyons que la responsabilité de divulguer les préjudices, d'en tirer des leçons et d'apporter des améliorations incombe aux paliers supérieurs d'une organisation. Nous croyons que la divulgation est aussi la responsabilité de tous les prestataires de soins et un droit pour tous les patients.

* Les patients pour la sécurité des patients du Canada est un réseau national qui donne une voix aux patients pour améliorer la sécurité dans le domaine des soins de santé. Ses membres échangent sur leurs expériences et expliquent comment les soins centrés sur la famille, le leadership, le travail d'équipe, les excuses, la divulgation et la volonté d'apprendre et de changer rendront le système de santé plus sécuritaire.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'instauration d'une culture de la sécurité des patients exige des communications ouvertes, honnêtes et efficaces entre les prestataires de soins de santé et leurs patients. Les patients ont le droit de connaître l'information à leur sujet et au sujet de leur état de santé ou de leur maladie, incluant les risques inhérents à la prestation des soins de santé.

L'expérience a démontré que la survenue d'un préjudice lors de la prestation de soins de santé peut entraîner des défis particuliers en matière de communication. Ces lignes directrices ont pour but d'aider les prestataires de soins de santé dans leurs communications avec les patients et d'encourager les organisations à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et des processus qui viendront soutenir efficacement les communications entre les patients et les prestataires de soins dans ces circonstances difficiles. Les lignes directrices mettent l'accent sur l'importance d'une approche claire et cohérente en matière de divulgation, sans égard à la cause du préjudice.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs suivants étayent l'élaboration et l'utilisation des présentes lignes directrices.

Des soins de santé axés sur les patients : Un milieu de soins de santé axé sur les patients favorise des communications ouvertes, honnêtes et continues entre les prestataires de soins de santé et leurs patients. Les services de santé doivent respecter et soutenir les patients en prenant en considération leurs attentes et leurs besoins en tout temps.

L'autonomie des patients : Les patients ont le droit de savoir ce qui leur est arrivé pour pouvoir participer activement à la prise des décisions relatives aux soins de santé qu'ils reçoivent.

Des soins de santé sécuritaires : Les patients doivent avoir accès à des soins de santé sécuritaires de la plus grande qualité qui soit. Les leçons tirées des incidents liés à la sécurité des patients doivent servir à améliorer les pratiques, les processus et les systèmes de prestation de soins de santé.

Le soutien des dirigeants : Les dirigeants et les décideurs dans le milieu des soins de santé doivent être d'ardents défenseurs de la divulgation en tant que composante des soins de santé axés sur les patients.

La divulgation est la bonne chose à faire : « Les personnes concernées à tous les niveaux de la prise de décisions au sujet de la divulgation doivent se demander ce à quoi elles s'attendraient dans une situation semblable . »

L'honnêteté et la transparence : Lorsqu'un incident préjudiciable survient, le patient doit être informé de ce qui est arrivé. La divulgation sert à reconnaître les faits et à en informer le patient, ce qui est crucial pour maintenir la confiance du patient à l'égard du système de soins de santé.

IMPORTANCE DE LA DIVULGATION

Des considérations éthiques, professionnelles et juridiques, des pratiques exemplaires tant nationales qu'internationales et la documentation disponible suggèrent une divulgation ouverte et honnête des incidents liés à la sécurité des patients.

Perspective du patient

La documentation décrit de plus en plus la perspective du patient sur la divulgation et l'importance de l'informer de la survenue d'un préjudice. Les patients veulent savoir :

- les faits au sujet de ce qui s'est produit;
- les mesures qui ont été prises ou qui seront prises pour réduire au minimum l'effet du préjudice;
- que l'établissement de santé du prestataire de soins et/ou le prestataire de soins lui-même sont désolés de ce qui s'est produit;
- ce qui sera fait pour éviter que des événements similaires se produisent à l'avenir[2,3,4,5,6,7].

Les patients peuvent perdre confiance et devenir anxieux ou craintifs s'ils ont l'impression qu'on leur cache de l'information. Cette perte de confiance peut avoir des effets négatifs sur les relations thérapeutiques. Les patients sont plus compréhensifs à l'égard des incidents liés à la sécurité des patients lorsque ceux-ci sont ouvertement divulgués [8,9,10]. La divulgation d'un tel incident à un patient témoigne du respect qu'on lui porte, l'incite à participer au processus de prise de décisions cliniques et facilite la prestation future de services de soins cliniques appropriés et sécuritaires.

En outre, les patients sont plus enclins à entamer des poursuites en justice quand ils croient que des faits leur ont été cachés. Bien que de nombreuses raisons puissent les pousser à entamer des poursuites, des communications efficaces et la prestation de soins appropriés après un incident lié à la sécurité des patients sont des facteurs clés qui peuvent influer sur la décision d'un patient d'y recourir ou non[10,11,12,13].

Perspective éthique

Les prestataires de soins de santé ont l'obligation éthique d'être ouverts et honnête lorsqu'ils communiquent avec leurs patients. La plupart des codes de déontologie professionnelle exigent la divulgation. Les patients ont le droit d'être informés de tous les aspects des soins qu'ils reçoivent et, inversement, les prestataires de soins de santé ont l'obligation de leur fournir cette information sans qu'on la leur demande et de répondre à leurs questions.

Perspective des organisations de soins de santé

Agrément Canada soutient les organisations de soins de santé partout au Canada dans l'examen et l'amélioration de la qualité des soins et des services qu'elles offrent à leurs patients. Agrément Canada inclut dans son programme une pratique organisationnelle requise (POR) portant sur la divulgation des incidents liés à la sécurité des patients. Cet organisme précise que les organisations doivent mettre en œuvre une politique officielle et transparente, ainsi qu'un processus de divulgation des incidents liés à la sécurité des patients qui inclut des mécanismes de soutien aux patients, aux proches et aux prestataires de soins ou de services de santé[14,15].

QUELQUES MOTS SUR LES MOTS

Classification internationale pour la sécurité des patients

La Classification internationale pour la sécurité des patients, élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), se veut un cadre et une terminologie visant à faciliter l'échange d'information et les apprentissages sur la sécurité des patients à l'échelle mondiale. Entre autres buts, le cadre de la Classification internationale pour la sécurité des patients vise à harmoniser les termes utilisés dans le domaine de la sécurité des patients afin que les prestataires de soins, les organisations, les juridictions et les pays puissent classer les événements de manière semblable et permettre ainsi au milieu de la sécurité des patients d'échanger et de comparer de l'information sur des incidents afin d'en tirer des leçons.

Bien qu'il y ait 48 termes et définitions privilégiés dans la Classification internationale pour la sécurité des patients, il y a quatre termes qui ont une pertinence particulière en ce qui concerne la divulgation. Ces quatre termes seront intégrés dans le travail qui se fait au Canada dans le domaine de la sécurité des patients et de la qualité et contribueront grandement à améliorer la clarté et la cohérence des discussions. Pour d'autres définitions particulières, voir le Final Technical Report[16] de l'OMS (en anglais seulement). Pour des raisons de constance et de clarté, l'ICSP encourage l'utilisation de ces termes privilégiés, mais il reconnaît que les organisations ont des motifs de continuer à utiliser une autre terminologie.

Incident lié à la sécurité des patients :
un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice superflu à un patient.

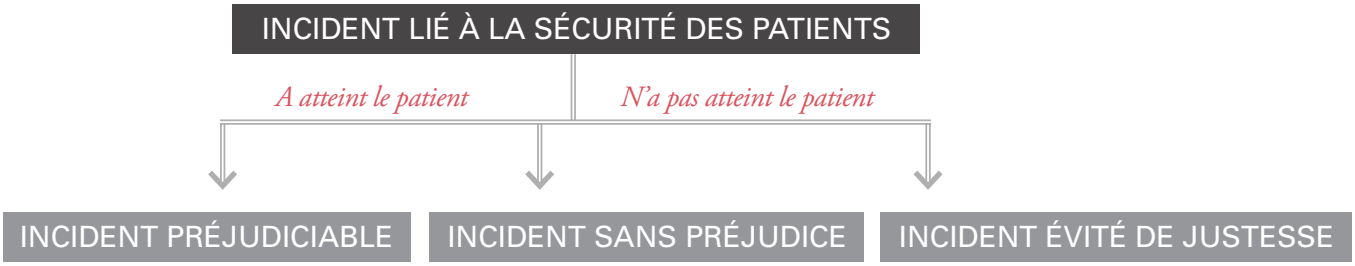
Incident préjudiciable :
un incident lié à la sécurité d'un patient qui a causé un préjudice au patient. Remplace « événement indésirable » et « événement sentinelle ».

Incident sans préjudice :
un incident lié à la sécurité d'un patient qui a atteint le patient sans toutefois entraîner de préjudice discernable.

Incident évité de justesse :
un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient.

Le diagramme A explique les rapports entre les quatre termes. Il est important de noter qu'un incident lié à la sécurité des patients peut être un incident préjudiciable, mais que ce n'est pas nécessairement le cas. Autrement dit, un incident lié à la sécurité des patients peut survenir sans que le patient subisse nécessairement un préjudice; cependant, il doit exister un risque potentiel d'un préjudice à un ou des patients. (Pour de l'information plus approfondie sur les préjudices, voir pages 25 et 26.)

Diagram A: RAPPORTS ENTRE QUATRE TERMES TELS QU'ILS SONT DÉFINIS DANS LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS



Éviter l'utilisation du terme « erreur » dans le contexte d'une divulgation

Dans la documentation sur les soins de santé, on parle souvent de processus de divulgation des « erreurs ». Or, dans les présentes lignes directrices, on évite délibérément d'utiliser le terme « erreur ». On sait que les incidents liés à la sécurité des patients résultent le plus souvent de l'interaction complexe de divers facteurs décrits dans le modèle de Reason, lequel est le fondement d'une « approche organisationnelle » d'amélioration de la sécurité[17]. Une seule erreur cause rarement un préjudice. Le plus souvent, une série d'erreurs en cascade provoquent un préjudice. Par exemple, à première vue, les erreurs des prestataires de soins de santé semblent le seul facteur contributif, mais des conditions latentes, comme la conception de l'équipement et des installations, la formation et l'entretien, de même que des facteurs organisationnels, comme les politiques, procédures et normes de pratique, contribuent habituellement à la cause du préjudice. Malgré ces interactions complexes, les organisations et les prestataires de soins demeurent responsables de la qualité de leur travail clinique, dans leur contexte clinique particulier.

De plus, l'utilisation du terme « erreur » dans les discussions sur la divulgation pourrait être mal comprise ou interprétée comme voulant dire que les soins prodigués étaient de mauvaise qualité ou que le prestataire de soins a fait preuve de négligence en vertu de la loi, ce qui n'est souvent pas le cas. Mettre l'accent sur une erreur du prestataire, surtout avant que tous les faits soient connus, favorise un milieu punitif qui nuit à la divulgation et qui empêche de tirer des incidents liés à la sécurité des patients les leçons qui s'imposent et d'apporter les changements organisationnels nécessaires pour améliorer la sécurité des patients.

Utilisation du terme « patient »

Le terme « patient » apparaît partout dans les lignes directrices. On reconnaît que la famille du patient ou le décideur remplaçant peut souvent être inclus dans le processus de divulgation. Par conséquent, dans les lignes directrices, le terme patient peut inclure le cas échéant les membres de sa famille ou le décideur remplaçant et englobe des termes comme « client » ou « pensionnaire ». La participation d'autres personnes que le patient est assujettie à la réglementation en matière de confidentialité et aux dispositions des législations provinciales ou territoriales en vigueur, lesquelles diffèrent d'une région à l'autre du Canada. Il est important d'être au courant des lois sur le respect de la vie privée et sur les décideurs remplaçants dans chaque juridiction provinciale ou territoriale et de s'y conformer.

PORTÉE DE CES LIGNES DIRECTRICES

Les lignes directrices ont pour but d'encourager et d'aider les prestataires de soins de santé, les équipes interdisciplinaires, les organisations de santé et les organismes de réglementation à élaborer et à mettre en œuvre des politiques, des pratiques et des méthodes de formation en matière de la divulgation. Les éléments recommandés pour une politique en matière de divulgation sont présentés à l'*Annexe D*. « Prestataire de soins » désigne toute personne qui fournit ou gère des soins de santé ou qui travaille dans un établissement de soins de santé, en pratique indépendante ou dans le domaine communautaire.

Ces lignes directrices n'ont pour but ni de dicter les politiques et les pratiques des établissements ou des prestataires de soins ni de décrire explicitement toutes les considérations relatives à la divulgation. Il faut s'attendre à des divergences entre les différentes politiques et pratiques et encourager leur adaptation au contexte local. L'ICSP reconnaît que la législation sur la divulgation et les excuses évolue; le présent document se veut un outil qui aidera à façonner les améliorations futures à la législation. Nous encourageons les lecteurs à se tenir au courant des lois pertinentes en vigueur dans leur juridiction.

Les présentes lignes directrices n'ont pas non plus pour but de servir de définitions ou de normes juridiques ou professionnelles ou de remplacer les lois nationales, provinciales ou territoriales au Canada, y compris la législation relative au respect de la vie privée, aux excuses et à la prise de décisions par le décideur remplaçant. L'élaboration des politiques en matière de divulgation doit prendre en compte les conseils juridiques de personnes connaissant bien les lois en vigueur.

Les points de vue des patients et des proches constituent aussi une ressource précieuse pour l'élaboration de telles politiques. Seules les personnes ayant vécu des incidents devant être divulgués peuvent véritablement comprendre la nécessité d'inclure les patients dans le processus de divulgation.

ÉTABLIR LES FONDEMENTS DE LA DIVULGATION

ÉTABLIR LES FONDEMENTS DE LA DIVULGATION

Une culture dans laquelle la divulgation est une chose que l'on attend et que l'on appuie est une culture de la sécurité des patients reposant sur les bases clés qui avantagent les patients, les organisations de soins de santé, les professions de la santé et les prestataires de soins de santé.

SOUTENIR LES PATIENTS ET LEURS PROCHES

Une culture de la divulgation soutient les patients en faisant en sorte qu'ils soient :

- soutenus sur le plan clinique;
- respectés;
- informés;
- soutenus psychologiquement et émotionnellement; et
- soutenus sur le plan pratique.

Ce soutien peut prendre différentes formes selon les circonstances, mais certains thèmes communs ressortiront.

Soutenir les patients sur le plan clinique inclut la planification exhaustive des soins de santé ultérieurs, y compris les investigations cliniques, les traitements et les transferts, et la prestation de ces soins en temps opportun.

Respecter les patients inclut :

- se préparer aux conversations sur la divulgation,
- écouter activement et chercher à comprendre le point de vue du patient; et
- désigner un membre compétent du personnel, de préférence une personne que le patient connaît et avec qui il se sent à l'aise, pour lui fournir du soutien pratique et émotionnel pendant tout le processus de divulgation.

Avant tout, les prestataires de soins de santé doivent être sensibles aux paroles que les patients veulent entendre et ont besoin d'entendre, tel qu'il est décrit dans l'Annexe F – Principes de divulgation du réseau Les patients pour la sécurité des patients.

Informer les patients inclut les tenir au courant des mesures prises à la suite de l'incident et de ce à quoi ils peuvent s'attendre à l'avenir. Une organisation ou un prestataire de soins doit informer un patient de tout nouveau fait identifié lors de l'enquête sur un incident, ainsi que des conclusions sur les raisons du résultat clinique et des mesures qui ont été prises pour améliorer la prestation de soins aux autres patients.

Soutenir les patients émotionnellement et psychologiquement inclut leur fournir un milieu qui les soutient et :

- faciliter le soutien émotionnel qu'ils réclament et faire en sorte qu'ils jouent avec leurs proches un rôle clé pour déterminer la forme que doit prendre ce soutien (soutien de proches, d'amis, de conseillers spirituels, etc.)
- les aider, le cas échéant, à avoir accès à un soutien professionnel, par exemple auprès de travailleurs sociaux ou de conseillers, et à des services communautaires, comme des soins à domicile, ainsi qu'à des groupes de soutien.

Soutenir les patients sur le plan pratique doit inclure :

- Proposer d'autres options pour faciliter le processus de divulgation au patient et à sa famille s'il leur est difficile de se rendre sur les lieux des discussions. Il y a par exemple les services de télémédecine, le courrier électronique ou la vidéoconférence (par ex. Skype[md]). L'organisation peut aussi proposer un lieu de rencontre plus proche du domicile du patient et de sa famille, ou même le domicile du patient ou d'un membre de sa famille ou un autre lieu choisi en consultation avec la famille;
- Faciliter l'accès aux services, aux ressources et aux programmes appropriés;
- Faciliter l'accès au dossier médical du patient;
- Rembourser les dépenses raisonnables associées au processus de divulgation (voir ci-dessous); et
- Être prêt à répondre aux questions et aux préoccupations des patients à la suite d'incidents liés à la sécurité des patients.

Remboursement des dépenses

Lorsque le préjudice qu'un patient a subi est indépendant de son état sous-jacent, il n'est pas raisonnable d'attendre de lui ou de sa famille qu'ils engagent des dépenses pour assister aux discussions entourant la divulgation. Le patient et sa famille peuvent déjà être soumis à du stress physique, émotionnel et financier; en conséquence, le remboursement en temps opportun de dépenses raisonnables par l'organisation de santé contribuera à alléger certaines des difficultés occasionnées par un événement lié à la sécurité des patients. Dans ces circonstances difficiles, l'organisation doit aussi être préparée à aider le patient ou la famille à avoir accès aux ressources nécessaires dans le domaine de la santé.

Tout remboursement doit être lié au processus de divulgation et ne doit pas compenser des préjudices résultant d.'une complication connue ou de la progression d'une maladie ou d'une blessure sous-jacente. Il est important de souligner que les dépenses associées au processus de divulgation incombent uniquement à l'organisation et non aux prestataires de soins individuels.

Les dépenses engagées par le patient et sa famille que l'organisation peut envisager de rembourser peuvent inclure, sans s'y limiter, les frais de déplacement et de stationnement, les repas, l'hébergement, la garde d'enfants et les frais pour obtenir des dossiers médicaux pertinents. Chaque incident est différent, de sorte qu'il n'y a pas de règles générales quant aux dépenses raisonnables payées. Celles-ci doivent être déterminées au cas par cas. Cependant, le soutien sera généralement offert au moment de la planification de la rencontre de divulgation; c'est une marque de respect qui démontre que l'on reconnaît la situation dans laquelle se trouvent le patient et sa famille.

Le remboursement de ces dépenses et d'autres dépenses témoigne d'une compréhension des difficultés financières que peuvent connaître le patient et sa famille et d'un désir de les aider à passer à travers ces moments difficiles. Le remboursement n'est pas une admission de responsabilité directe ou indirecte dans l'incident survenu.

Les proches peuvent aussi demander des renseignements sur les dépenses engagées en raison d'un incident, mais qui ne sont pas reliées au processus de divulgation, comme les dépenses liées aux programmes d'indemnisation des travailleurs, les frais d'obsèques, les coûts de placement à long terme, les dépenses pour soins prolongés ou les dépenses et les franchises qui ne sont pas couvertes par une assurance. Les organisations doivent prévoir ce type de questions et être préparées à y répondre en fournissant de l'information appropriée.

En se montrant sensible aux besoins du patient et de sa famille, on fait preuve d'empathie, et on leur démontre que l'on comprend ce qu'ils vivent et que l'on reconnaît l'importance de l'incident survenu. En acceptant de leur rembourser les dépenses associées au processus de divulgation, on contribue à rétablir leur confiance et à favoriser les relations positives nécessaires pour que le processus de divulgation soit efficace et satisfaisant.

SOUTIEN AUX PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Les recherches émergentes indiquent que les presatatires de soins de santé reçoivent très peu de soutien lorsque survient un incident lié à la sécurité des patients[3]. Des sentiments de tristesse, d'échec et de culpabilité dévorante peuvent éroder l'estime de soi de ces prestataires et les épuiser émotionnellement et physiquement[11]. La divulgation et la présentation d'excuses peuvent les aider à se rétablir et à préserver les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients[18].

Une culture de la divulgation soutient les prestataires de soins en faisant en sorte qu'ils :

- aient accès à un soutien émotionnel, psychologique et pratique; et
- reçoivent de la formation pour se préparer à participer au processus de divulgation.

Un soutien émotionnel et pratique devrait être fourni aux prestataires de soins de santé qui sont mêlés à des incidents liés à la sécurité des patients ou à des discussions sur une divulgation. Il est utile de désigner une personne responsable de soutenir et de suivre un prestataire de soins, de l'aider à se préparer aux émotions qu'il vivra et de s'assurer que la boucle sera bouclée et que les résultats seront communiqués à toutes les personnes touchées par l'incident. Cette personne peut suivre le prestataire de soins à intervalles réguliers, voir comment il va et l'aider à obtenir de l'aide, le cas échéant. Une étude récente[19] suggère que les prestataires de soins sont souvent insuffisamment préparés à composer avec les émotions qu'ils vivent pendant des conversations sur une divulgation, plus particulièrement les sentiments de colère, qui peuvent miner tout le processus de divulgation.

Une variété de stratégies de soutien peut être utilisée pour décourager les hypothèses et l'attribution de blâmes et aider le prestataire de soins à se prévaloir de services de soutien organisationnel et professionnel, comme des services de conseil. Le soutien peut aussi inclure l'octroi d'un congé approprié à tout prestataire de soins qui a été traumatisé par son rôle dans la survenue d'un incident lié à la sécurité des patients. En outre, donner aux prestataires de soins l'occasion de parler de leur expérience peut contribuer à réduire leur sentiment d'isolement et à favoriser une culture de la sécurité[1].

On ne sait pas toujours quoi dire aux patients à la suite d'un incident lié à leur sécurité. Les prestataires de soins doivent bénéficier de formation, de mentorat et d'encadrement pour être pleinement préparés à prendre part à des conversations sur des divulgations et à bien comprendre leur rôle dans le processus de divulgation. Il est recommandé de fournir aux prestataires de soins de santé une formation permanente sur la manière de participer efficacement aux discussions entourant la divulgation et de faire en sorte que cette formation soit continue afin de maintenir les habiletés acquises. Les ressources de formation peuvent inclure : une stratégie de formation et un protocole de communication à l'intention des personnes qui soutiendront le personnel pendant le processus de divulgation; des politiques institutionnelles, des protocoles sur la façon de communiquer avec les patients et les proches; des jeux de rôle et des simulations; des ressources en ligne, comme la trousse d'outils sur la divulgation de l'Association canadienne de protection médicale[20] et; un responsable de la sécurité des patients pour diriger le processus.

Les stratégies d'éducation doivent aussi inclure de la formation sur la divulgation aux prestataires de soins de niveau supérieur afin qu'ils puissent agir comme modèles et comme mentors auprès des stagiaires et étudiants. Ces derniers, tout comme les prestataires de soins, doivent avoir l'occasion de participer à de la formation par la simulation pour apprendre à communiquer efficacement et à mieux se préparer à prendre part aux discussions lors de divulgations réelles. Les stagiaires mêlés à des incidents liés à la sécurité des patients doivent signaler ces incidents à leurs superviseurs. Ces derniers doivent les encourager à assister à titre d'observateurs à des discussions concernant la divulgation comme expérience d'apprentissage. Des indications et des conseils particuliers sur la façon de communiquer efficacement et de réagir à des résultats de traitement non intentionnels et à des incidents liés à la sécurité des patients doivent être intégrés dans les programmes de formation de premier cycle et de cycles supérieurs de tous les prestataires de soins de santé.

De la formation efficace favorise des communications ouvertes et efficaces, qui deviendront de plus en plus courantes, ce qui soutiendra et nourrira une culture de la sécurité.

SOUTENIR LA DIVULGATION PAR UNE CULTURE DE LA JUSTICE

Une culture de la justice soutient une culture de la divulgation et c'est l'élément clé d'une culture de la sécurité des patients. Les organisations de soins de santé, les prestataires de soins et les prestataires de soins de santé individuels ont tous intérêt à évoluer dans une culture de la justice. Pour être juste, la culture d'une organisation ou d'un ordre professionnel doit :

- valoriser les soins axés sur le patient, la communication et les apprentissages continus;
- faire de la divulgation une façon de démontrer aux patients qu'ils peuvent faire confiance aux prestataires et aux établissements de soins, qui leur divulgueront honnêtement et ouvertement les incidents indésirables, tout en s'engageant à en tirer des leçons pour empêcher qu'ils ne se reproduisent; et
- encourager tous les prestataires de soins de santé à divulguer et déclarer efficacement tout incident préjudiciable grâce à un processus de divulgation éclairé qui inclut de la formation continue et du soutien aux patients et aux prestataires de soins.
- reposer sur un système équitable grâce auquel il n'y a pas de préjugés quant aux raisons des résultats cliniques et des événements et dans lequel on reconnaît l'importance et la complexité des systèmes et des processus de soins qui contribuent à la survenue d'incidents préjudiciables.
- soutenir les prestataires de soins de santé afin qu'ils ne soient pas tenus responsables de défaillances du système sur lesquelles ils n'ont pas de contrôle.
- reconnaître la complexité des systèmes et des processus de soins qui contribuent à la survenue d'incidents préjudiciables, afin que les enquêteurs cherchent activement les défaillances du système et y remédient.
- faire en sorte que les organisations tiennent leurs prestataires de soins responsables à juste titre de la qualité de leurs décisions cliniques, de leurs gestes et de leurs comportements. Elles doivent insister sur la création d'un milieu propice à l'apprentissage des leçons à tirer des incidents préjudiciables, sur l'apport de changements systémiques pour améliorer les soins aux patients et, s'il y a lieu, sur la formation des prestataires de soins.
- doit se concentrer sur les apprentissages plutôt que sur les punitions, et empêcher que des incidents liés à la sécurité ne se reproduisent

Une organisation jouit d'une culture de la sécurité lorsque la sécurité des soins compte parmi ses valeurs fondamentales. L'ajout du mot « juste » – une culture juste de la sécurité – sous-entend l'existence d'un système équitable qui soutient tout le monde. Les dirigeants donnent le ton et modèlent les comportements attendus, tout en assumant leurs responsabilités et leur imputabilité eu égard aux incidents liés à la sécurité des patients. Une organisation peut instaurer une culture de la sécurité en faisant de la sécurité une valeur fondamentale et en concevant des systèmes en conséquence, tout en harmonisant ses attentes et en faisant des choix plus sécuritaires pour assurer la pérennité de soins de santé plus sécuritaires.

PROCESSUS DE DIVULGATION

PROCESSUS DE DIVULGATION

L'élaboration et la mise en œuvre d'un processus de divulgation doivent prendre en compte que chaque patient et chaque incident lié à la sécurité des patients constituent un cas unique. Pour être efficace et pour satisfaire le désir de savoir de chaque patient, le processus de divulgation doit être d'une grande souplesse.

À la suite d'un préjudice, y compris un préjudice résultant d'un incident lié à la sécurité des patients, la priorité absolue doit être accordée aux soins au patient et à la résolution des urgences et autres problèmes immédiats visant à prévenir ou à atténuer tout autre préjudice. Selon la nature de l'événement, celui-ci peut constituer un risque immédiat pour la sécurité des autres patients et parfois même du personnel. Il faut donc s'attaquer à ce risque et, si possible, le réduire.

EXCUSES – EXPRIMER À QUEL POINT « ON EST DÉSOLÉ »

Les excuses sont l'expression sincère de regrets pour ce qui est arrivé.

Des excuses doivent toujours exprimer à quel point « on est désolé ». Ces mots tout simples, qui sont perçus comme une marque de respect, peuvent améliorer les relations qu'entretiennent les patients et les proches avec les prestataires de soins et leur établissement. Les personnes qui présentent des excuses doivent prendre soin d'utiliser une approche personnelle, de parler au « je » ou au « nous » et d'exprimer clairement un souci réel et de la compassion pour le patient.

Le fait est bien établi dans la documentation : Lorsque les patients ont le sentiment qu'on leur offre des excuses sincères, ils se sentent respectés et appréciés, et leur confiance est rétablie[21, 22, 23]. L'expression le plus tôt possible d'excuses qui communiquent de la sympathie et un réel souci du bien-être physique et émotionnel d'un patient est essentielle et précieuse. Les patients et leur famille apprécient que les presataires de soins de santé montrent qu'ils se soucient sincèrement d'eux.

> « Des excuses efficaces constituent l'un des processus de guérison les plus profonds entre individus, groupes ou nations. Elles peuvent rétablir des relations endommagées ou même renforcer des relations auparavant satisfaisantes[20]. »

Lors de chaque rencontre entourant la divulgation, il est très important de réitérer ses regrets au sujet des circonstances ou de l'état du patient. Les mots exacts que doivent utiliser les prestataires de soins (médecin, infirmière, autre prestataire de soins de santé, administrateur ou représentant de l'établissement) dépendront de la nature de l'événement, de la nature du préjudice et de la relation qu'ils entretiennent avec leur patient.

Des excuses n'ont aucun sens à moins d'être sincères; lorsqu'une personne s'excuse, il faut que les mots qu'elle choisit, son langage corporel, ses expressions faciales, ses gestes, son ton et sa voix traduisent toute sa sincérité. Il est important de reconnaître que la situation est toujours difficile et émotionnellement chargée pour toutes les personnes concernées. Les patients et les proches apprécient l'expression de compassion pendant ces moments douloureux, et ils ont aussi besoin d'être rassurés que le préjudice n'est pas attribuable à une action ou une omission de leur part.

Les excuses que présentent les prestataires de soins ou les établissements de santé ne doivent pas être interprétées comme une admission de responsabilité légale. Dans la plupart des provinces[ii], les lois récentes interdisent expressément que la présentation d'excuses soit interprétée comme la reconnaissance d'une responsabilité légale. Quoi qu'il en soit, il faut éviter d'utiliser des mots comme « négligence », « faute » ou « manquement aux normes relatives aux soins ». Ces mots expriment ou sous-entendent des notions juridiques complexes et n'ont pas leur place dans le processus de divulgation.

Il est tout aussi important de réitérer ses regrets aux étapes subséquentes de la divulgation, à mesure que sont connues les circonstances de l'événement qui a causé le préjudice au patient. Quels que soient les facteurs

ii Les provinces et territoires ayant une législation sur les excuses en 2011 sont les suivantes : Alb., C.-B., Île-du-Prince-Édouard, Man., Nouvelle-Écosse, Nuvavut, Ont., Sask., et Terre-Neuve.

contributifs ayant mené au préjudice, il n'y a rien à perdre et tout à gagner quand on témoigne à nouveau de la sympathie et de la compassion au patient. Quand il est clair qu'un prestataire ou un établissement de soins est responsable du préjudice découlant de l'incident, et après une investigation et une analyse complètes des événements, il est essentiel que cette responsabilité soit reconnue et que des excuses soient présentées au patient. Dans un tel cas, les excuses et la reconnaissance de la responsabilité peuvent rétablir la confiance du patient, qui pourra constater que l'établissement est transparent et honnête en matière de divulgation des incidents préjudiciables. Comme lors de la divulgation initiale, cette reconnaissance de responsabilité ne représente pas une reconnaissance de responsabilité légale; la responsabilité peut être déterminée uniquement sur la base d'une allégation de négligence ou, au Québec, sur la base d'une responsabilité civile. Les citations suivantes sur les excuses et la divulgation, tirées de rapports récents sur les points de vue de patients et de leurs proches, donnent une idée du contenu et du type de langage qui ont une résonnance dans leur esprit et qui leur procurent une certaine mesure de réconfort pendant le processus de divulgation.

« Que d'autres personnes se soient excusées de ses gestes m'ont donné le sentiment qu'elles se sentaient vraiment désolées de ce qui m'était arrivé. » [22]

« Je crois qu'il a fait ce qu'il devait faire . . . il a reconnu que j'avais vécu une expérience terrible. » [22]

« Il n'essayait pas de faire semblant que rien était arrivé . . . Cela a fait une énorme différence. Il s'est montré très sincère et très vrai. » [22]

« . . . j'ai eu l'impression que je pouvais faire confiance à ma prestataire de soins car elle prenait ses responsabilités . . . et avait des regrets pour ce qui était arrivé. » [22]

« J'aurais pu suivre une thérapie jusqu'à la fin de mes jours, mais cela n'aurait pas été aussi utile que de discuter de l'amélioration du transport des bébés avec les gens intéressés. » [21]

Enfin, cet énoncé est celui d'un prestataire de soins :

« Je n'ai pas été autorisé à faire partie du processus de divulgation. J'avais besoin de voir la famille du garçon qui est mort. J'avais besoin de leur dire « Je suis désolé ». Je me demanderai toujours s'ils savent combien je suis désolé et comment cet incident a changé ma pratique. » (Énoncé fait à Patients pour la sécurité des patients Canada)

La présentation d'excuses dans le cadre d'une divulgation est en parfait accord avec les soins axés sur les patients, l'honnêteté et la transparence. De plus, tous savent intuitivement que c'est la bonne chose à faire.

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES UNE DIVULGATION DOIT ÊTRE FAITE

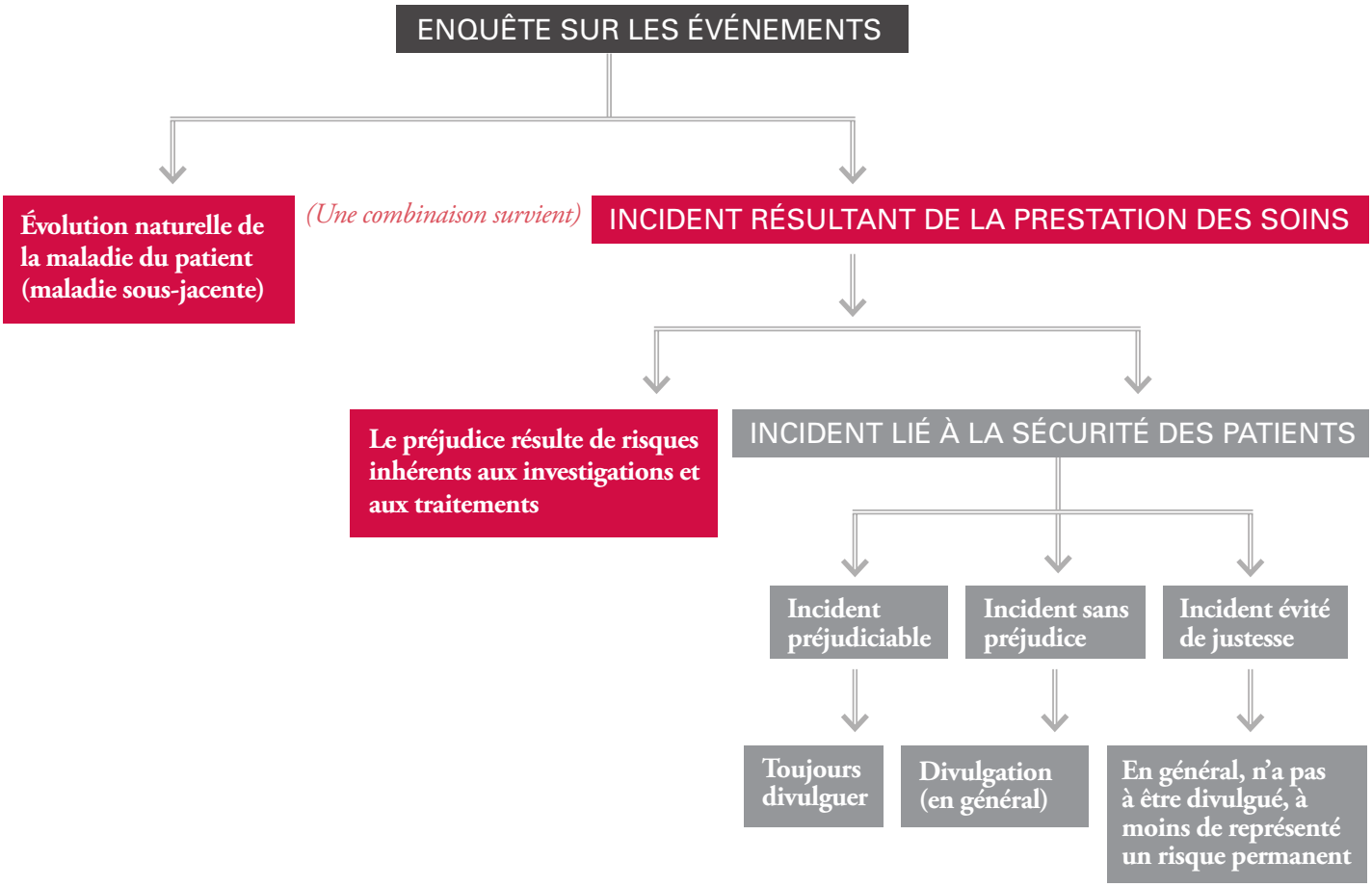
Malgré les meilleurs soins prodigués avec la plus grande compétence, presque toutes les investigations et tous les traitements peuvent malheureusement causer un préjudice. Avant l'enquête, il peut être difficile de déterminer si le préjudice résulte de l'évolution naturelle de la maladie du patient, de risques inhérents aux investigations et traitements, de défaillances du système, de la prestation des soins ou d'une combinaison de ces facteurs. Voici quelques exemples :

- si un patient développe des métastases à la suite d'un cancer du poumon, il s'agit d'un préjudice résultant de sa maladie;
- si un patient sans allergie connue fait une réaction allergique à un médicament dûment prescrit (risque inhérent à un traitement), il s'agit d'un préjudice associé à la prestation des soins de santé;
- si un patient souffre d'une perte d'audition découlant de la prescription et de l'administration de la mauvaise dose de médicament, il s'agit d'un préjudice résultant d'un incident lié à la sécurité des patients.

Il est très important, tant pour les patients que pour les prestataires de soins, de pouvoir clarifier les faits et expliquer ce qui s'est passé, ainsi que comment et pourquoi cela s'est passé. En outre, il faut recueillir et prendre en compte le point de vue des patients et de leur famille dans l'enquête sur les événements survenus.

Quand un patient subit un préjudice pour quelque raison que ce soit, le prestataire de soins ou l'établissement en cause a l'obligation de l'informer du préjudice et, le cas échéant, de l'événement dont il est le résultat. *Le Diagramme B* propose un survol des exigences relatives à la divulgation de divers types de préjudices et de certains événements qui n'en ont pas causé.

Diagramme B : TYPE DE PRÉJUDICE ET MOMENT PROPICE À LA DIVULGATION



Une divulgation doit avoir lieu s'il y a eu préjudice lié à un incident sur la sécurité des patients ou s'il y a un risque potentiel de préjudice futur. Dans le cas d'un incident évité de justesse, la divulgation est discrétionnaire; elle sera faite si on juge qu'il serait bénéfique de le dire au patient, par exemple s'il y a un risque résiduel lié à la sécurité.

Ce diagramme a aussi pour but de démontrer qu'une discussion avec les patient devrait avoir lieu peu importe l'origine du préjudice. Bien que le terme « divulgation » soit utilisé pour décrire les communications à la suite d'un incident lié à la sécurité, tout préjudice résultant de la progression de la maladie ou des soins de santé devrait faire l'objet d'une discussion avec le patient.

Un préjudice résultant des risques inhérents à une investigation ou à un traitement doit toujours être communiqué à un patient. Un tel risque ne doit pas prématurément être attribué simplement à une « complication » de l'investigation ou du traitement. Les incidents doivent être examinés de manière appropriée pour que tous les facteurs en cause soient compris. Une analyse peut indiquer qu'une combinaison de raisons a causé le préjudice.

Préjudice associé aux soins de santé :
Préjudice qui découle de plans ou de mesures prises pendant la prestation de soins ou qui y est associé, et non un préjudice causé par une maladie ou une blessure sous-jacente.

Recognized risks inherent to investigations or treatments:
La majorité des investigations et des traitements comportent des risques inhérents (p.ex., les complications connues, les réactions indésirables ou les effets secondaires) qui peuvent se réaliser quel que soit le prestataire qui administre les soins.

Incident lié à la sécurité des patients :
un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice superflu à un patient.

> ***Incident préjudiciable :*** Un incident lié à la sécurité d'un patient qui a causé un préjudice au patient. Remplace « événement indésirable » et « événement sentinelle ». (Par exemple, un patient reçoit la mauvaise unité de sang et meurt d'une réaction hémolytique.)
> ***Incident sans préjudice :*** Un incident lié à la sécurité d'un patient qui a atteint le patient sans toutefois entraîner de préjudice discernable. (Par exemple, la mauvaise unité de sang a été administrée à un patient, mais il n'y avait pas incompatibilité.)
> ***Incident évité de justesse :*** Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient. (Par exemple : Une unité de sang était sur le point d'être branchée à la mauvaise ligne de perfusion, mais l'erreur à été détectée à temps.)[16]

La probabilité future d'importantes conséquences cliniques influence la décision de divulguer ou non un incident qui n'a pas causé de préjudice immédiat, mais où il existe un risque potentiel. Il est impératif de le divulguer si cela peut aider à prévenir, à identifier ou à atténuer des préjudices futurs associés à des examens ou des traitements cliniques. Lorsqu'il est difficile de déterminer s'il y a eu préjudice, il est recommandé de divulguer l'incident; cependant, des consultations plus poussées peuvent être indiquées avant de procéder. On peut envisager, par exemple, de consulter des spécialistes cliniques et, au besoin, un comité d'éthique ou d'autres experts, comme des conseillers juridiques, au sujet des risques cliniques de futurs préjudices et de la nécessité de les divulguer.

Au moment de décider s'ils doivent communiquer à un patient un incident qui n'a pas causé de préjudice (l'incident atteint le patient sans toutefois entraîner de préjudice), les prestataires de soins doivent se demander si, dans les circonstances, une personne normale aimerait en être informée.

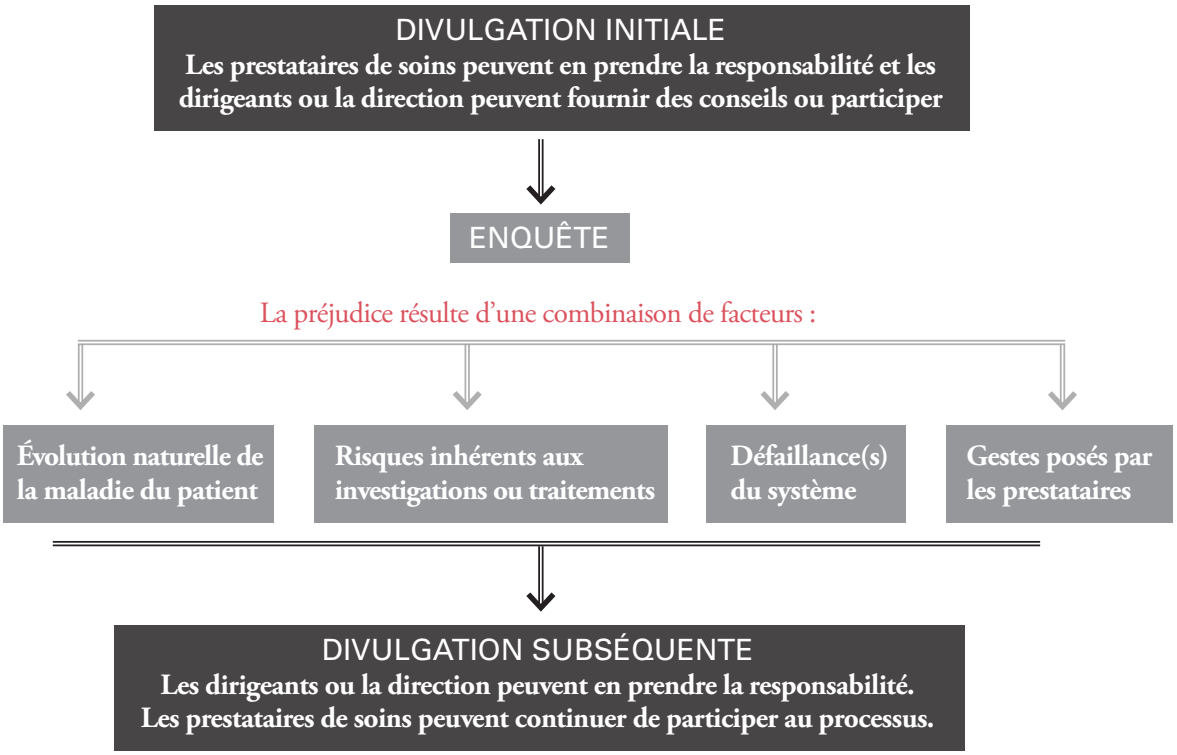
Au moment de décider s'il faut informer un patient d'un incident évité de justesse (un incident qui n'atteint pas le patient), les prestataires de soins doivent se demander si l'incident résulte d'un risque permanent pour le patient et si ce dernier en a eu conscience. Par exemple, un prestataire de soins évite de justesse d'administrer à un patient un médicament destiné à une autre personne dont le nom a une consonance semblable au sien. Même s'il ne lui administre pas le médicament (c.-à-d. l'incident n'atteint pas le patient), il serait prudent de discuter de cet incident évité de justesse afin de s'assurer que le patient est conscient du risque que pose pour sa sécurité la confusion potentielle des noms et qu'il surveille lui aussi ce risque. De plus, si un patient est conscient d'un incident évité de justesse, une explication pourra calmer ses inquiétudes et préserver le lien de confiance[iii].

ÉTAPES DE LA DIVULGATION

La divulgation prend souvent la forme d'un dialogue qui s'étend dans le temps. Il peut être utile de diviser la divulgation en deux grandes étapes, et de reconnaître ainsi qu'il s'agit d'un processus dynamique au cours duquel de multiples conversations peuvent avoir lieu. Il s'agit en fait d'un modèle conceptuel qui doit être adapté à chaque situation individuelle. Chaque étape comprend une ou plusieurs discussions, selon l'état du patient, sa compréhension des événements et les questions qui sont soulevées. Se reporter au *Diagramme C* pour une explication de ces étapes.

[iii] Il est aussi fortement recommandé de signaler les événements évités de justesse afin que des améliorations puissent être apportées pour réduire les risques que des incidents indésirables semblables ne se reproduisent à l'avenir.

Diagramme C : ÉTAPES DE LA DIVULGATION



La première étape, la *divulgation initiale*, est la discussion initiale avec le patient, qui doit avoir lieu le plus tôt possible après un événement. La responsabilité de cette discussion incombe principalement aux prestataires de soins, qui peuvent au besoin solliciter les conseils et le soutien de la direction. La discussion portera principalement sur l'état du patient à ce moment-là, et sur les risques inhérents que pose toute investigation ou tout traitement futur.

Même s'il est reconnu qu'un incident préjudiciable est survenu, il est rare qu'on en connaisse ou comprenne immédiatement tous les facteurs contributifs. Seuls les faits connus qu'il est convenu de divulguer sont divulgués lors de la divulgation initiale. S'il y a lieu, la personne qui fait la divulgation s'engagera à clarifier les facteurs qui y ont contribué. Les autres éléments importants de la discussion incluront :

- des excuses pour ce qui s'est produit;
- l'exclusion de tout blâme et de toute hypothèse;
- l'offre d'un soutien émotionnel, clinique et pratique.

Il est important de noter que, selon les circonstances, la divulgation initiale peut se faire en une seule discussion ou en une série de discussions. Dans les présentes lignes directrices, les conseils fournis aux prestataires de soins sur la façon de communiquer avec les patients portent principalement sur la première étape de la divulgation.

La deuxième étape de la divulgation est la *divulgation subséquente*. Une enquête peut avoir permis d'éclaircir certains faits additionnels convenus, de sorte que les causes de l'événement seront mieux connues à ce stade. Les discussions préliminaires qui ont déjà eu lieu lors de la divulgation initiale doivent se poursuivre. Les dirigeants ou la direction sont susceptibles de jouer un rôle plus important à ce stade, et les prestataires de soins en cause seront tenus au courant des résultats de l'enquête et encouragés à participer aux discussions.

Les dirigeants ou la direction, en consultation avec les prestataires de soins, doivent déterminer quelle information sera divulguée. Ils doivent prendre en compte non seulement le désir de savoir du patient, mais aussi les exigences et restrictions relatives à la divulgation d'information pouvant découler de lois ou règlements fédéraux, provinciaux ou territoriaux ou de politiques ou règlements institutionnels ou hospitaliers locaux. Les services d'un conseiller juridique sont parfois nécessaires.

C'est à cette étape que les patients peuvent être mis au courant des améliorations apportées, si possible, pour éviter que de tels événements ne se reproduisent. De plus, il est important de réitérer des excuses, incluant la reconnaissance de sa responsabilité, s'il y a lieu.

Préparation à la divulgation initiale

Après s'être assurés que les soins requis ont été apportés au patient, il faut désigner les personnes qui participeront à la divulgation et les encourager à planifier la manière dont elles mettront en œuvre le processus de divulgation. Une discussion de planification contribue à assurer que tous les faits pertinents connus convenus sont recueillis et compris[1]. Toutes les personnes concernées doivent s'entendre sur la façon dont la divulgation sera faite. Il est important de prévoir la réaction émotionnelle du patient et des prestataires de soins en cause. En bout de ligne, il s'agit de faciliter un processus de divulgation efficace. Les organisations de soins de santé doivent faciliter la formation sur les communications en matière de divulgation. Une liste de vérification du processus de divulgation à l'intention des prestataires de soins est fournie à l'Annexe E.

La discussion initiale entourant la divulgation doit avoir lieu à la première occasion qui se présente, de préférence un ou deux jours après l'événement ou au moment le plus opportun pour le patient et sa famille. Des discussions subséquentes doivent aussi avoir lieu en temps opportun. Quand un préjudice est survenu, le bien-être immédiat du patient vient en priorité. Il faut éviter de reporter la divulgation, car cela peut accroître l'anxiété du patient, qui se sentira abandonné s'il soupçonne qu'il a été victime d'un incident lié à sa sécurité.

Équipe chargée de la divulgation

Le choix de la personne ou des personnes qui participeront à la divulgation initiale est influencé par les préférences du patient, l'établissement, le type d'incident lié à la sécurité des patients, la gravité du préjudice et les politiques locales.

Avant de discuter de l'incident lié à la sécurité avec le patient, il est bon de tenir une réunion d'équipe, car cela donne à toutes les personnes en cause l'occasion d'entendre le point de vue des autres et de planifier ce qui sera dit au patient[24]. Les prestataires de soins qui s'occupent le plus du patient devraient être présents[25], dans la mesure du possible, selon leurs autres tâches et leur désir de participer. Le prestataire le plus responsable ou le prestataire le plus directement impliqué dans les soins du patient au moment de l'incident est habituellement la personne qui assume le rôle de leadership. Cependant, si cette personne ne peut pas prendre part à la divulgation, un remplaçant devrait être choisi. Cette personne peut être un chef de service, un responsable de la sécurité des patients, un administrateur hospitalier ou même une personne douée pour les relations interpersonnelles qui connaît bien le processus de divulgation. Tout délégué qui fait une divulgation au nom d'autres prestataires de soins doit expliquer au patient avec délicatesse et sans blâmer personne pourquoi ces personnes ne s'adressent pas à lui directement.

Dans le choix de la personne ou des personnes qui feront la divulgation, il faut privilégier :

- les préférences du patient, s'il y a lieu;
- le prestataire de soins qui connaît le mieux le dossier;
- le prestataire de soins qui a déjà établi une relation avec le patient et sa famille;
- le prestataire de soins qui a une formation en matière de divulgation;
- les préférences des prestataires soins, s'il y a lieu;
- le prestataire de soins le plus apte à expliquer le pronostic et le futur plan de soins[13].

Le leader des réunions subséquentes doit aussi être choisi en gardant les facteurs ci-dessus à l'esprit, car la personne qui assume le rôle de leadership lors des réunions initiales ne dirigera pas nécessairement les réunions subséquentes.

Pour faciliter les communications avec le patient et ses proches, on peut envisager de trouver une personne-ressource qui peut faire la liaison entre le patient et l'équipe de divulgation pour assurer que le patient reçoit toute l'information sur les réunions de suivi et l'information découlant du processus d'enquête. Cette personne-ressource peut aussi informer l'équipe de divulgation des questions soulevées par le patient et ses proches, et les renseigner sur les besoins cliniques potentiels du patient. Celui-ci devrait avoir les coordonnées de cette personne-ressource, et lui et ses proches devraient pouvoir le joindre sans difficulté.

Lorsque l'incident lié à la sécurité des patients met en cause divers prestataires de soins œuvrant auprès d'un même patient, une approche d'équipe peut être bénéfique tant pour les prestataires de soins que pour le patient[5]. Les prestataires de soins les plus étroitement en cause dans l'incident doivent prendre part aux discussions, afin de pouvoir soutenir le patient après la divulgation[13]. En fait, la participation des prestataires de soins est bénéfique pour les patients, les proches et les prestataires de soins eux-mêmes. Toute personne participant à la réunion doit comprendre son rôle et pouvoir expliquer pourquoi elle est présente. Il est toujours bon de désigner une personne pour coordonner les réunions de suivi et s'occuper de fournir de l'information au patient et à ses proches, en plus de veiller à ce que les changements ou les améliorations jugés nécessaires selon l'analyse soient faits.

Il faut penser à informer le prestataire de soins primaires du patient, soit le médecin de famille, l'infirmier/infirmière ou l'infirmière/infirmiers praticiens,ou un médecin spécialiste (par ex. interniste, pédiatre, etc.), car il pourrait être appelé à participer à la gestion et à l'organisation des soins et du suivi du patient.

Plus tard, d'autres prestataires de soins – comme un dentiste, un physiothérapeute, une infirmière praticienne, etc. – pourraient être consultés pour aider le patient à mieux comprendre son état de santé et ses besoins cliniques. D'autres prestataires de soins professionnels, dont des agents de pastorale et des travailleurs sociaux, peuvent apporter du soutien au patient et devraient être invités à participer au processus, si le patient y consent.

Il est dans l'intérêt des stagiaires et étudiants qui ont joué un rôle dans l'événement ou qui participent aux soins prodigués au patient de participer aux processus de divulgation[5, 23, 26, 27]. La possibilité d'observer une équipe pendant une véritable rencontre entourant une divulgation est pour eux une expérience d'apprentissage inestimable. Elle leur apprend à planifier et à mener à bien ce genre de rencontre, tout en les aidant à mieux comprendre les incidents liés à la sécurité des patients, l'analyse des causes souches, la déclaration des incidents et d'autres concepts de sécurité des patients.

Les établissements de soins qui incluent tous les membres de l'équipe soignante dans le processus de divulgation sont plus susceptibles d'améliorer la qualité de la divulgation[28]. Les membres de l'équipe soignante doivent avant tout se soucier des désirs du patient et respecter le principe de « soins axés sur le patient ». Le patient et ses proches doivent être encouragés à exprimer leur point de vue concernant les personnes dont ils souhaitent la présence lors de la divulgation. En toutes circonstances, il faut donner au patient et à sa famille le choix d'être accompagnés d'une personne pouvant les soutenir lors de ces rencontres.

Rôle des dirigeants et de la direction

Dans certains cas, il peut être approprié, et même nécessaire, que des membres de la direction ou du conseil d'administration participent aux rencontres entourant la divulgation. Plus le préjudice est grave et complexe, plus le patient s'attendra à ce que des représentants de la direction et du conseil d'administration participent à la divulgation en temps opportun[29]. Lors des rencontres suivantes, et plus particulièrement lors de la divulgation subséquente, les représentants de la direction et du conseil d'administration peuvent prendre les choses en main, tandis que les prestataires de soins continueront à participer s'il y a lieu ou selon leur état émotionnel. Dans certains cas, des membres de l'équipe de vérification de la qualité et de la sécurité peuvent aussi participer aux discussions[13].

À l'étape de la divulgation initiale, une organisation peut offrir aux prestataires de soins des conseils sur une stratégie de communication efficace pour mieux faire comprendre au patient l'incident lié à la sécurité des patients dont il a été victime. Ce soutien à la communication peut prendre diverses formes, selon le type d'événement, les talents de communicateur, l'aisance et le stress émotionnel des prestataires de soins en cause.

Les prestataires de soins et les établissements de santé peuvent élaborer des politiques en matière de divulgation qui reconnaissent différents degrés de préjudice et définissent les échelons de l'organisation auxquels les réactions et les communications avec le patient doivent avoir lieu[iv]. Les étapes du processus de divulgation doivent être souples afin de bien renseigner le client, tout en comblant ses besoins cliniques, et de fournir du soutien aux prestataires de soins. Les organisations doivent soutenir les relations entre les patients et les prestataires de soins en instaurant un processus pratique et bien structuré de divulgation des incidents préjudiciables. Dans le cas de préjudices résultant de défaillances du système ou de la prestation des soins, un soutien à la communication est généralement nécessaire pour bien expliquer l'incident au patient, ainsi que les mesures prises pour améliorer ses soins.

iv Une partie de l'information recueillie auprès des comités de qualité ou d'évaluation de rendement peut être protégée en vertu de la loi et interdite de publication. Il faut en tenir compte quand on élabore une politique locale dans une juridiction donnée.

Le *Diagramme C* (page 25) décrit le rôle des dirigeants et de la direction, ainsi que l'apport d'un soutien à la communication aux prestataires de soins.

En général, la divulgation initiale est faite par les prestataires de soins en cause. Cependant, selon l'établissement, la nature et la gravité du préjudice, des membres de la direction peuvent leur prodiguer des conseils ou souhaiter participer aux discussions. Lors des rencontres subséquentes, plus particulièrement à l'étape de la divulgation des résultats de l'enquête, la direction de l'établissement peut prendre la responsabilité des communications avec le patient. Les prestataires de soins doivent être encouragés à continuer à prendre part au processus, tout en étant tenus au courant des communications. Voir *Équipe chargée de la divulgation* (p. 29).

La direction et les membres du conseil doivent déclarer publiquement leur engagement en faveur d'une divulgation ouverte dans le cadre d'une juste culture de la sécurité des patients et faire connaître cet engagement (sur le site Web de l'établissement, dans un bulletin d'information ou dans un autre document d'éducation des patients). Il est aussi crucial de fournir un soutien approprié au personnel pendant la divulgation; il est impératif que la direction, les collègues et l'établissement expriment leur soutien aux personnes concernées pendant cette période difficile sur le plan émotionnel[30]. Ce soutien peut prendre la forme d'un congé pour les prestataires de soins traumatisés par leur rôle dans un incident lié à la sécurité des patients.

Contenu de la divulgation

Lors de la divulgation initiale, l'information communiquée doit inclure :

- les faits relatifs à l'événement ou au préjudice connus à ce jour et convenus;
- les mesures prises, les options recommandées et les décisions relatives aux soins du patient (par ex. les changements apportés au plan de soins, s'il y a lieu);
- la présentation d'excuses;
- un aperçu du processus d'enquête qui suivra, y compris des échéanciers appropriés, et de l'information sur ce que le patient pourrait apprendre à la suite de l'enquête[1];
- une offre de rencontres ultérieures, y compris de l'information sur des personnes-ressources clés[1];
- une période de questions et réponses[1];
- une offre ou des offres de soutien pratique et émotionnel, comme les services de conseillers spirituels, de travailleurs sociaux et de défenseurs des droits des patients, au besoin;
- une enquête additionnelle et un traitement, s'il y a lieu.

Lors d'une enquête dans le cadre d'un comité sur la qualité des soins ou autre comité qui jouit de protection juridique, il est important de connaître toutes les implications juridiques et la législation de chaque province ou territoire qui auront des répercussions sur l'échange de renseignements. Les prestataires de soins et les patients doivent être informés qu'il existe des limites explicites relatives à la discussion de certaines données d'enquête, comme les opinions et les hypothèses des prestataires de soins concernés, telles qu'elles sont définies dans la législation relative à la protection des renseignements sur la qualité des soins dans chaque province ou territoire[v]. Les faits nouveaux convenus qui seraient normalement consignés au dossier doivent être divulgués. L'établissement peut aussi informer le patient des changements qui ont été apportés au système à la suite de l'enquête.

Au besoin, les prestataires de soins doivent se préparer à avoir des discussions continues avec les patients. La divulgation doit être envisagée comme un dialogue dans le temps. Les discussions additionnelles dépendront de l'état des patients, de leur compréhension des événements et des questions qui pourraient être soulevées. Les patients doivent savoir que leurs prestataires de soins s'efforcent d'améliorer leur situation clinique et de leur fournir toute l'information nécessaire pour que leurs besoins soient comblés.

Les discussions entourant la divulgation, tout comme la divulgation subséquente au patient et aux personnes présentes à sa demande, doivent inclure :

- un soutien pratique et émotionnel continu, s'il y a lieu;
- la corroboration ou la correction de l'information fournie lors des rencontres précédentes;
- l'information factuelle additionnelle à mesure qu'elle devient connue;
- la présentation d'excuses et la reconnaissance de responsabilité peuvent être indiquées, le cas échéant, lorsque tous les faits sont établis;

[v] Dans certaines circonstances, les lois relatives à la protection de l'information sur la qualité limitent l'étendue de la divulgation.

- a description des mesures qui ont été prises à la suite de l'enquête interne et qui ont entraîné des améliorations du système.

Durant les discussions entourant la divulgation, il est essentiel d'éviter les hypothèses, les opinions ou l'attribution de blâmes.

Manière de faire la divulgation

Des stratégies de communication efficaces sont essentielles au processus de divulgation, et divers facteurs influent sur le contenu et l'orientation de la communication. Les stratégies de communication recommandées consistent, entre autres, à :

- choisir les termes et les mots que le patient est le plus susceptible de comprendre;
- privilégier l'écoute active et l'empathie à l'égard du patient afin de mieux comprendre ses expériences et ses besoins;
- adopter une approche ouverte, directe et sincère, ainsi qu'un langage corporel qui dégage de la sincérité;
- prévoir suffisamment de temps pour la discussion entourant la divulgation et les questions;
- apporter des clarifications, au besoin; et
- se montrer sensible aux besoins culturels et linguistiques du patient[vi].

Au cours du processus de divulgation, il faut porter une attention particulière au point de vue du patient et de ses proches relativement à l'événement. Cela ne signifie pas uniquement leur demander s'ils ont des questions. Le patient peut ne pas savoir quelles questions poser pour obtenir les réponses qui calmeront ses principales inquiétudes. Il peut avoir peur de poser des questions « stupides » ou être trop intimidé par les prestataires de soins présents pour formuler ses questions. La plupart des gens peuvent relater leur expérience si on leur donne la chance de le faire. Ils sont les seuls à connaître cette information et celle-ci peut modifier tout le cours de l'enquête et des discussions subséquentes. (Voir l'encadré.)

Se souvenant d'une conversation récente avec une patiente au sujet de la divulgation centrée sur le patient, une prestataire de soins a entamé une conversation sur la divulgation en demandant à une patiente et à son conjoint de relater leur expérience dans leurs propres mots, au lieu de leur demander s'ils avaient des questions. « Cela a complètement changé la rencontre, dit-elle. La patiente a immédiatement déclaré avoir eu l'impression qu'on ne l'écoutait pas quand elle soulevait des points qui se sont révélés très significatifs. Ils ont apprécié qu'on leur demande de raconter leur histoire avant de parler des détails médicaux. »
(Fait raconté à Patients pour la sécurité des patients Canada)

Le style de la divulgation doit convenir au genre d'événement qui s'est produit. Dans certains cas, une communication transparente et honnête peut consister en une divulgation de 10 secondes reconnaissant un problème mineur, assortie de simples excuses; dans d'autres cas, la divulgation peut exiger une série de discussions étalées sur plusieurs mois; dans d'autres encore, plus sérieux, la divulgation et le soutien continu dont le patient a besoin peuvent avoir des conséquences à vie[31]. Il est parfois difficile pour la famille de rompre les liens avec les personnes qui ont participé aux soins de leur être cher; il faut être sensible à ce phénomène, offrir du soutien à la famille et agir de manière à l'aider à traverser cette période difficile. Il est important de désigner une personne-ressource, choisie en consultation avec le patient ou sa famille, pour leur fournir un soutien dès le début du processus de consultation.

Contexte et endroit

Le choix du lieu où se tiendront les rencontres est très important. Dans la mesure du possible, les rencontres doivent se dérouler :

- en personne;
- dans un lieu et à un moment choisis par le patient;
- dans un lieu tranquille propice à la confidentialité;
- dans un lieu où l'on ne sera pas dérangé.

[vi] Voir la section Circonstances particulières

Documentation

À la fin d'une réunion de divulgation, il est utile de revoir les décisions clés et les faits convenus afin que chacun comprenne bien les points discutés. De brèves notes sur les points discutés au cours de la réunion devraient ensuite être rédigées et communiquées à toutes les personnes présentes à la réunion, afin de leur donner la chance de les passer en revue avant qu'elles ne soient insérées dans le dossier médical[vii]. Ce processus rendra la divulgation encore plus claire, tout en fournissant un cadre pour les étapes suivantes, et améliorera l'imputabilité.

La documentation doit être conforme à toutes les exigences juridiques et réglementaires relatives à la documentation des soins aux patients et à la communication. La documentation doit inclure :

- l'heure, l'endroit et la date des rencontres;
- l'identité de toutes les personnes présentes[2];
- les faits présentés;
- les offres d'assistance et les réactions[1];
- les questions soulevées et les réponses données[1];
- les plans de suivi, y compris les coordonnées clés de la personne-ressource désignée[1].

Résumé

Le Diagramme D est un résumé d'un processus de divulgation en cours, qui commence lorsqu'un préjudice est identifié et qui se poursuit lors de discussions subséquentes, qui dépendent de la nature de l'incident.

Diagramme D: PROCESSUS DE DIVULGATION

Combler les besoins en soins immédiats et permanents

Signaler l'événement conformément aux politiques de l'organsation, entrepreprendre l'enquête

Offrir un soutien émotionnel permanent au patient et aux membres du personnel

PRÉPARER LA DIVULGATION INITIALE
Qui sera présent?
Quels sont les faits?
Quand la divulgation initiale aura-t-elle lieu?
Où la divulgation aura-t-elle lieu?
Comment la divulgation sera-t-elle faite?

Qui sera chargé de:
- diriger les discussions pendant les réunions;
- agir comme personne-ressource auprès de la famille;
- soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
- coordonner le processus de divulgation.

Avec l'autorisation du patient, inclure des membres de sa famille et des personnes-ressources

DIVULGATION INITIALE
Fournir les faits
Expliquer le plan de soins
Éviter les hypothèses
Présenter des excuses
Décrire les attentes
Organiser le suivi
Identifier les personnes-ressources
Documenter le processus de divulgation

Utiliser des mots ou des termes clairs

Être ouvert et sincère

Être sensible aux particularités culturelles

S'assurer qu'on est bien compris

Prévoir une période de questions

CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE

DIVULGATION SUBSÉQUENTE
Fournir plus d'information et informer le patient des mesures correctives mises en place
Présenter des excuses, dire qu'on est désolé
Documenter le processus de divulgation

[vii] Cela ne se veut pas une divulgation écrite officielle; ces notes établissent plutôt une compréhension mutuelle de ce qui a été dit et décidé. En outre, il ne devrait pas y avoir d'enregistrement audio ou vidéo de la réunion de divulgation.

CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES

CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES

La section qui suit souligne des situations importantes qui peuvent influer sur l'approche à adopter en matière de divulgation. Les circonstances présentées doivent être abordées au cas par cas. Certaines peuvent requérir une consultation auprès d'un conseiller juridique.

DIVULGATION À GRANDE ÉCHELLE

Dans certaines situations, il arrive qu'on doive divulguer le même incident à plus d'un patient d'un même prestataire de soins ou établissement de santé ou aux patients de plusieurs prestataires de soins ou établissements de santé. Bien que de nombreux prestataires de soins et établissements aient adopté des politiques et des pratiques de soutien et d'orientation en matière de divulgation, celles-ci réussissent rarement à relever les défis particuliers que pose la divulgation à grande échelle d'incidents lié à la sécurité des patients[32].

Le processus et le contenu des communications relatives aux incidents liés à la sécurité des patients qu'il faut divulguer à grande échelle peuvent différer énormément en raison des variations potentiellement énormes dans le nombre de personnes touchées, les risques et l'envergure des préjudices potentiels. Ces différences influent grandement sur les décisions et les plans relatifs au choix de l'équipe de divulgation, ainsi qu'au moment, au lieu et au contenu de la divulgation. Les prestataires de soins et les établissements doivent élaborer des approches réfléchies en matière de divulgation à grande échelle des incidents liés à la sécurité des patients, y compris les éléments suivants.

Divulgation à plus d'un patient

Évaluer les risques et identifier les patients à risque
L'un des principaux défis que pose la divulgation à grande échelle d'un incident lié à la sécurité des patients consiste à déterminer quels sont, parmi les patients potentiellement exposés, ceux qui sont « à risque » et doivent être informés. Lorsque les probabilités de préjudice sont élevées, il va de soi qu'il faut en informer tous les patients. À mesure que le risque de préjudice décroît, il faut peser les probabilités cliniques et les responsabilités éthiques. En dernière analyse, la décision de communiquer avec un patient doit être prise sur la base de l'évaluation des risques.

Pour relever ce défi, il faut avoir accès à de l'information et des ressources sur l'évaluation des risques à la fois récentes et basées sur l'expérience clinique. Les établissements de soins de santé doivent tout prévoir et se doter de spécialistes en soins cliniques, en épidémiologie, en éthique, en administration, en droit et en communication, dont un expert connaissant bien les expériences que vivent les patients, qui sont aptes à considérer la divulgation de manière structurée et de décider des exigences et du processus éventuel de la divulgation à grande échelle de tout incident lié à la sécurité des patients.

Identifier et localiser la population de patients à risque
La localisation des patients est un autre défi de la divulgation à grande échelle d'un incident, plus particulièrement s'il date d'un certain temps déjà. Il peut être impossible de trouver leurs coordonnés, et celles qui figurent aux dossiers peuvent être périmées. Il faut recouper les résultats de multiples méthodes d'identification des patients avec d'autres systèmes d'information accessibles (par ex. les programmes d'assurance-maladie provinciaux) afin de réduire au minimum les omissions et les communications avec des patients qui ne sont pas à risque ou avec des patients décédés.

Il est aussi prudent de déterminer si d'autres organisations de soins de santé doivent être mises au courant de la possibilité que des dangers semblables existent dans leurs systèmes, afin qu'ils puissent identifier et protéger les patients à risque.

Communiquer avec la population de patients à risque et lui divulguer l'incident
Il est primordial d'informer les patients et de combler leurs besoins cliniques et émotionnels; le plan de communication élaboré par l'équipe de divulgation doit en tenir compte. Il faut communiquer avec les patients à la première occasion après avoir recueilli suffisamment d'information. Plus le risque de préjudice est grand, plus le délai doit être court. La meilleure façon de faire une divulgation initiale à des patients à risque est de la faire sur-le-champ. Lorsque la complexité du sujet rend la communication problématique, il faut procéder par étapes.

La divulgation initiale d'un incident à des patients à risque doit idéalement se faire en personne; en fait, plus le risque de préjudice est grave ou urgent, plus il est important que la divulgation soit faite en personne. Cependant, lorsque le risque est moins urgent ou moins grave, ou dans le cas où la divulgation initiale en personne est peu pratique, on peut envisager une communication par écrit.

Le plan de communication doit prévoir des mécanismes pour fournir de l'information aux patients et pourrait inclure des lignes téléphoniques dédiées ou un site Web où les patients à risque peuvent avoir accès à de l'information et poser des questions[33] auxquelles des prestataires de soins répondront le plus rapidement possible.

Les médecins de famille, les infirmières/infirmiers en médecine familiale, les infirmières/infirmiers praticiens et les pharmaciens sont une importante source d'information et de soutien pour les patients à risque. Il faut communiquer simultanément avec le prestataire de soins primaires du patient, verbalement ou par écrit, ou adresser au patient un message écrit à l'intention de son prestataire de soins primaires.

Comme dans le cas d'une divulgation à un patient individuel, la divulgation initiale ne doit pas identifier des cliniciens en particulier ni comporter des hypothèses au sujet de la cause du préjudice[29]. S'il est déterminé que la prestation de soins d'un individu est pertinente, un processus clair et juste doit être mis en œuvre pour l'évaluer, indépendamment de la divulgation[29].

Il faut informer les patients à risque le plus tôt possible dans le processus de divulgation du type d'information qu'ils peuvent s'attendre à recevoir une fois l'enquête terminée. La divulgation subséquente doit reprendre ces points.

Soutenir les patients à risque
Afin d'atténuer l'anxiété causée par la divulgation à grande échelle d'un incident lié à la sécurité des patients, il faut faire preuve de tact avec les patients à risque et leur offrir dans les plus brefs délais des examens de diagnostic et des traitements. Les patients touchés doivent avoir la priorité sur les patients que vous traitez, lorsque les conditions cliniques et émergentes le permettent[29].

Informer le public et les médias
On peut présumer sans se tromper que la divulgation à grande échelle d'un incident lié à la sécurité des patients fera inévitablement l'objet d'une intense couverture médiatique[28]. Les prestataires de soins et les établissements de santé doivent concilier les demandes de respect de la vie privée des patients et des prestataires de soins, les exigences en matière de transparence et les demandes d'information venant de l'extérieur (par ex. des médias, du gouvernement, des agences de réglementation, etc.).

Avant de divulguer à grande échelle un incident lié à la sécurité des patients, il faut prévoir d'en informer les nombreux patients touchés et devancer, si possible, les fuites d'information dans les médias ou ailleurs qui pourraient permettre d'identifier les patients à risque ou les prestataires de soins en cause et compromettre l'enquête.

La diffusion générale d'information sur un incident lié à la sécurité des patients en collaboration avec les médias peut être une méthode utile pour joindre les patients à risque et limiter la publication d'information erronée sur le sujet. Informer les médias en temps opportun après le début de la divulgation initiale aux patients (en général au sujet des circonstances et du processus prévu) peut parfois permettre de procéder sans interruption et sans porter préjudice aux patients à risque ou au processus d'enquête. (Voir les Lignes directrices relatives au partage d'information avec les médias suite à un évènement indésirable.)

L'information fournie aux médias doit tenir compte des désirs de confidentialité des patients et des prestataires de soins et doit protéger l'identité des patients et des prestataires de soins, à moins qu'ils aient consenti à la publication de cette information. Les prestataires de soins et les patients doivent être informés à l'avance de la publication dans les médias d'information qui pourrait attirer l'attention sur eux ou permettre de les identifier. Il faut respecter la vie privée des patients et des prestataires de soins, à moins qu'ils aient consenti à la publication d'information personnelle les concernant.

Divulgation multi-juridictionnelle

Il n'est pas rare que des patients reçoivent des soins dans plus d'un établissement de soins de santé. La découverte d'un incident préjudiciable peut avoir lieu dans une juridiction (clinique, hôpital, office régional, province ou territoire) autre que celle où il s'est produit. L'importance du respect de la vie privée et de la confidentialité doit être déterminée en fonction des circonstances entourant l'incident. Dans la mesure du possible, le prestataire de soins ou l'établissement concerné par l'événement doit mener le processus de divulgation et, idéalement, des représentants des autres juridictions collaboreront au processus[1,34,35]. Des communications efficaces entre les juridictions, y compris des consultations et des discussions des faits convenus, sont essentielles au processus. Ces questions doivent être abordées au cas par cas. Habituellement, elles requièrent des consultations auprès de conseillers juridiques et autres experts en droit relatif à la vie privée. Dans le présent document, le mot « juridiction » englobe les compétences légales.

PATIENTS PÉDIATRIQUES

Il n'existe actuellement aucune législation ou lignes directrices formelles relatives aux patients pédiatriques. Les recommandations en la matière sont habituellement extrapolées à partir des lignes directrices relatives au consentement; si l'enfant est apte à prendre des décisions au sujet de ses traitements, il est apte à être informé d'un incident lié à la sécurité des patients. L'énoncé de position de la Société canadienne de pédiatrie sur les décisions relatives aux traitements dans le cas des nourrissons, des enfants et des adolescents peut servir de guide dans les cas où l'aptitude n'est pas liée à l'âge ou à la maladie et ne dépend pas de la décision elle-même, mais est un processus cognitif et émotionnel de prise de décisions dans le domaine médical[36]. La majorité des enfants ne seront pas aptes à prendre ce genre de décisions et auront besoin d'un mandataire qui prendra la décision pour eux[36]. Conformément à cet énoncé, dans le cas de patients pédiatriques, les conversations entourant la divulgation ont habituellement lieu avec les parents ou un tuteur. Il ne faut pas oublier que les enfants ou les adolescents, bien que bouleversés ou dépassés par l'information relative à la divulgation, peuvent quand même être très intéressés à ce qui arrive à leur corps. À ce titre, on devrait leur fournir de l'information adaptée à leur âge, leur degré de compréhension et leur maturité émotionnelle, afin qu'ils puissent comprendre la situation.

Les parents aussi souhaitent être informés des événements au cours desquels leur enfant a subi un préjudice et ils ont besoin d'être soutenus pendant une période souvent très chargée émotionnellement. Ils veulent savoir ce qui est arrivé à leur enfant, quelles sont les conséquences de l'incident et quelles mesures ont été prises pour empêcher qu'il ne se reproduise. En outre, ils veulent des excuses. La culture ou l'origine ethnique des parents peut influer sur leurs attentes entourant la divulgation.

Même lorsqu'un enfant est jugé apte intellectuellement et émotionnellement à prendre ses propres décisions[viii], on peut l'encourager à faire participer ses parents au processus de divulgation, s'il y a lieu.

PATIENTS AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

La présence d'une maladie mentale grave n'est pas une raison pour omettre la divulgation, mais elle peut être un motif pour considérer le moment le plus opportun ou la personne la plus apte à être mise au courant en premier.

Tant le moment que le contenu de la divulgation doivent être déterminés par l'équipe soignante et la famille ou le décideur remplaçant, en tenant compte de la stabilité clinique du patient et de sa sécurité. Il faut trouver un juste équilibre entre le droit de savoir du patient et le risque subséquent de décompensation clinique du patient ou de préjudice à lui-même ou à des tiers. Dans le cas d'une personne gravement atteinte de maladie mentale, le choix du moment de la divulgation peut exiger de mûres réflexions et de la planification, notamment pour mettre en place un soutien approprié avant la divulgation.

L'équipe soignante doit consulter la famille ou le décideur remplaçant, des experts cliniques, un expert en sécurité des patients ou en gestion des risques et un éthicien au sujet de la grave décision de suspendre le contenu et le moment de la divulgation. Cela l'aidera à explorer les normes de soins, les considérations

viii La province de Québec est la seule province à avoir fixé à 14 ans l'âge auquel un enfant peut prendre des décisions relatives à des traitements médicaux sans le consentement de ses parents, de ses tuteurs ou d'un tribunal.

éthiques et légales, la réglementation, les risques et les obligations envers le patient relativement à sa sécurité en vue de prendre une décision éclairée. La documentation dans le dossier médical doit refléter les motifs pour lesquels le contenu ou le moment de la divulgation ont été retardés jusqu'à ce que l'état clinique du patient s'améliore.

Tout comme un environnement respectueux et empathique, une évaluation respectueuse des aptitudes des patients psychiatriques peut être vitale pour les aider à passer à travers le processus de divulgation.

PROBLÈMES DE COMMUNICATION

Quand un patient a de la difficulté à communiquer en raison d'une déficience visuelle, auditive ou autre ou s'il ne comprend pas ou ne parle pas suffisamment la langue utilisée, un soutien approprié pourrait être requis afin d'assurer une communication efficace. Il pourrait s'agir d'un interprète ou d'autres prestataires de soins, dont le rôle serait d'assister le patient durant le processus de divulgation en s'assurant que ses points de vue sont pris en considération et discutés. La famille et les amis sont une autre importante source de soutien pour les patients et ils peuvent éclairer leur perspective. Ils ne doivent cependant pas se substituer à une personne mieux apte à interpréter les circonstances de la divulgation. Les services d'un interprète permettent d'éclaircir les connaissances des patients et des prestataires de soins et renforcent leur autonomie.

DIVERSITÉ LINGUISTIQUE ET/OU CULTURELLE

Il faut tenir compte des besoins linguistiques et culturels des patients. Les principes sous-jacents et les croyances en matière de santé doivent être pris en considération. Au besoin, on peut chercher conseil auprès d'un membre de la communauté du patient afin de s'assurer que la divulgation se fasse d'une manière culturellement acceptable. Dans ces cas, il faut inclure les services de traduction, d'interprétariat (traduction orale) et de défense des patients dans la planification de la divulgation. Avant d'inviter d'autres personnes à participer au processus de divulgation, il faut tenir compte des lois relatives à la protection des renseignements personnels. Le respect de la vie privée exige le recours à un interprète professionnel qui est régi par un code d'éthique et qui a la formation voulue pour interpréter correctement la terminologie médicale et travailler avec l'équipe soignante.

Le recours à l'interprétation culturelle de la santé engendre de bonnes communications et permet :

- l'amélioration de la qualité des soins;
- une meilleure compréhension de l'état du patient;
- l'amélioration de la sécurité des soins et leur prestation en temps opportun;
- un diagnostic plus précis;
- le recours à un spécialiste approprié;
- le consentement éclairé;
- une plus grande confidentialité.

CADRES DE RECHERCHE

Des incidents liés à la sécurité des patients peuvent se produire dans le cadre d'essais cliniques. Ils peuvent être reliés ou non au traitement à l'étude. L'obligation de divulguer l'incident au patient demeure. Il y a probablement d'autres obligations relatives à la divulgation d'un événement indésirable (comme ces événements sont appelés en recherche) au commanditaire de la recherche, aux instances institutionnelles de surveillance des données relatives à la sécurité et aux comités d'éthique institutionnels qui ont approuvé l'étude.

ANNEXES

ANNEXE A – LECTURES RECOMMANDÉES

Politiques et cadres de travail canadiens

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. Info-DROITs : un feuillet d'information juridique à l'intention des infirmières et infirmiers. 2005;14(1). Disponible à partir de : http://www.cnps.ca/index.php?page=95&lang=fr

Association canadienne de protection médicale. La divulgation d'événements indésirables aux patients : pour renforcer la relation médecin-patient. Ottawa (ON). Mar 2005 [révisé mai 2008]. numéro de publication: ISO549-F. 3p. Disponible à partir de : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2005/com_is0549-e.cfm

Association canadienne de protection médicale. Comment offrir des excuses lors de la divulgation aux patients d'un événement indésirable. Ottawa (ON). Sept 2006 [révisé mai 2008]. numéro de publication: ISO0664-F. 3p. Disponible à partir de : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2005/com_is0549-f.cfm

Association canadienne de protection médicale. Leçons à tirer des événements indésirables: Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada. Ottawa (ON). c2009. 26p. Disponible à partir de : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/com_learning_from_adverse_events-f.cfm

Politiques provinciales et territoriales

Alberta Health Services. AHS Disclosure of Harm. PS-01. 3 février 2011. Disponible en anglais à partir de : http://www.albertahealthservices.ca/3916.asp

Health Quality Council of Alberta. Disclosure of harm to patients and families: provincial framework. Health Quality Council of Alberta; 2006. 24p. Disponible en anglais à partir de : http://www.hqca.ca/index.php?id=58

Manitoba Institute of Patient Safety: Promoting patient safety and quality healthcare for Manitobans. Critical incident and disclosure resource materials. Manitoba Institute for Patient Safety. Disponible en anglais à partir de : http://www.mbips.ca/wp/initiatives/critical-incidents/ Inclut:

- Faits sur les incidents critiques et leur divulgation : foire aux questions à l'intention des prestataires de soins;
- Affiches et brochures sur la divulgation à l'intention des patients et des proches; et
- Affiches sur la divulgation – pour les organisations.

Assemblée nationale. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et les services sociaux, Projet de loi nº 113, no 11, article 235.1. (2002) Disponible à partir de : http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_17325&process=Original&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz

Newfoundland and Labrador Association of Healthcare Risk Management. Policy on adverse events/occurrences. Newfoundland and Labrador Association of Healthcare Risk Management (NLAHRM) Patient Safety Manual. (2005).

Nova Scotia Health. Disclosure of adverse events policy. (2005).

Ontario Hospital Association. An Ontario guide to disclosure: implementing the amendments to regulation 965 under the Public Hospitals Act. Ontario Hospital Association; 2010. Guide No. 323.
Provincial Health Services Authority. Disclosure of adverse events [BC provincial policy]; 2006.

Saskatchewan Health. Disclosure of harm guideline. Regina, Saskatchewan Health; 2005.

Politiques et cadres de travail internationaux

Australie

Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. Open disclosure standard: a national standard for open communication in public and private hospitals, following an adverse event in healthcare. Standards Australia; July 2003. [Reprinted April 2008] 39p. Publication No: 3320. Available from: http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/OD-Standard

Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Open disclosure manager handbook: A handbook for hospital managers to assist with the implementation of the Open Disclosure Standard. Commonwealth of Australia. c2010. 24p. Available from: http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_OD-ManagerHandbook

Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Open disclosure of things that go wrong in health care: a booklet for patients beginning an open disclosure project. Commonwealth Department of Health and Ageing; 2010. Available from: http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/com-pubs_OD-ThingsGoWrong-IF

Madden B, Cockburn T. Bundaberg and beyond: duty to disclose adverse events to patients. J Law Med. 2007 May;14(4):501-27.

Sorensen R, Iedema R, Piper D, Manias E, Williams A, Tuckett A. Disclosing clinical adverse events to patients: can practice inform policy? Health Expect.2010 Jun;13(2):148-59. Epub 2009 Oct 5.

Danemark

Danish Society for Patient Safety Working Group. Say Sorry. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. [internet]. 2008. 14p. Available from: http://patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/Publikationer/Danske/Say_sorry.pdf

États-Unis

Conway, J., Federico, F., Stewart, K., and Campbell, M. Respectful management of serious clinical adverse events. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2010. Available from: http://www.ihi.org/IHI/Results/WhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.htm

Harvard Hospitals. When things go wrong: responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals. Burlington Massachusetts: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; 2006 Mar. 37p. Available from: http://www.ihi.org/NR/rdonlyres/A4CE6C77-F65C-4F34-B323-20AA4E41DC79/0/RespondingAdverseEvents.pdf.

Royaume-Uni

National Patient Safety Agency. Being open: communicating patient safety incidents with patients and their carers. National Patient Safety Agency; 2005. Available from: http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?alId=5592.

Considérations juridiques en matière de divulgation

Gilmour JM. Patient safety, medical error and tort law: an international comparison: final report. Toronto (ON): York University. 2006. 202p. Project Number 6795-15-203/5760003. Financial contribution from the Health Policy Research Program, Health Canada. Available from: http://osgoode.yorku.ca/osgmedia.nsf/0/094676DE3FAD06A5852572330059253C/$FILE/FinalReport_Full.pdf

Marshall, M., Vandergrift, E., Windwick, B., Vallet, D., Hoffman, C., Dingwall, O. Background paper for the development of national guidelines for the disclosure of adverse events: CPSI background paper. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute; 2006 Nov. 47p. Available from: http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/disclosure/Documents/Background%20Paper%20for%20the%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf

Taylor J. The impact of disclosure of adverse events on litigation and settlement: a review for the Canadian Patient Safety Institute. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute; 2007 Oct. 70p. Available from: http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/disclosure/Documents/The%20Impact%20of%20Disclosure%20on%20Litigation%20a%20Review%20for%20the%20CPSI.pdf

Waite M. To tell the truth: the ethical and legal implications of disclosure of medical error. Health Law J. 2005;13:1-33. Available from: http://www.law.ualberta.ca/centres/hli/userfiles/Michael%20WaiteVolume13.pdf

Excuses

Atwood, D. Impact of medical apology statutes and policies. Journal of Nursing Law. 2008;12(1):43-53.

Bailey TM, Robertson EC, Hegedus G. Erecting legal barriers: new apology laws in Canada and the patient safety movement: useful legislation or a misguided approach? Health Law Can. 2007 Nov;28(2):33-8.

Lazare, A. On apology. New York: Oxford University Press; 2004. 306p.

Lazare A. Apology in medical practice: an emerging clinical skill. JAMA. 2006 Sep 20;296(11):1401-4.

Mastroianni AC, Mello MM, Sommer S, Hardy M, Gallagher TH. The flaws in state 'apology' and 'disclosure' laws dilute their intended impact on malpractice suits. Health Aff (Millwood). 2010 Sep;29(9):1611-9.

McDonnell WM, Guenther E. Narrative review: do state laws make it easier to say "I'm sorry?". Ann Intern Med. 2008 Dec 2;149(11):811-6.

Meruelo NC. Mediation and medical malpractice: the need to understand why patients sue and a proposal for a specific model of mediation. J Leg Med. 2008Jul-Sep;29(3):285-306.

Robbennolt JK. Apologies and medical error. Clin Orthop Relat Res. 2009 Feb;467(2):376-82. Epub 2008 Oct 30. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628492/

Wei M. Doctors, apologies, and the law: an analysis and critique of apology laws. J Health Law. 2007 Winter;40(1):107-59. Available from: http://www.healthlawyers.org/Publications/Journal/Documents/Vol%2040%20Issue%201/Doctors,%20Apologies,%20and%20the%20Law-%20An%20Analysis%20and%20Critique%20of%20Apology%20Laws.pdf

Woods MS. Healing words: the power of apology in medicine. 2nd edition. Joint Commission Resources; 2007. 89p

Législation sur les excuses au Canada

Depuis 2006, huit provinces et un territoire canadiennes ont promulgué une protection statutaire concernant les excuses :

Alberta. Alberta Evidence Act, R.S.A. 2000, c. A-18, s. 26.1. Disponible à partir de : http://www.qp.alberta.ca/574.cfm?page=A18.cfm&leg_type=Acts&isbncln=9780779751365&display=html

Colombie-Britannique. Apology Act, S.B.C. 2006, c. 19, s.2. Disponible à partir de http://www.bclaws.ca/EPLibraries/bclaws_new/document/ID/freeside/00_06019_01

Manitoba. Loi sur la présentation d'excuses, S.M. 2007, c. 25. Disponible en anglais à partir de http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/2007/c02507e.php
Terre-Neuve et Labrador. Apology Act, S.N.L. 2009, c. A-10.1. Disponible à partir de http://www.assembly.nl.ca/legislation/sr/annualstatutes/2009/a10-1.c09.htm

Nouvelle-Écosse. Apology Act, S.N.S. 2008, c. 34. Disponible à partir de http://nslegislature.ca/legc/bills/60th_2nd/3rd_read/b233.htm

Nunavut: Legal treatment of Apologies Act. S.Nu 2010. c12. Disponible à partir de : http://www.assembly.nu.ca/sites/default/files/Bill_15_EF.pdf

Ontario. Loi de 2009 sur la présentation d'excuses, 2009, S.O. 2009, c. 3. Disponible à partir de http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_09a03_e.htm

Île-du-Prince-Édouard. Health Services Act. Disponible à partir de http://www.gov.pe.ca/law/statutes/pdf/H-01-6.pdf

Saskatchewan. Evidence Act, S.S. 2006, c.E-11.2, s.23.1 Disponible à partir de http://www.qp.gov.sk.ca/documents/english/Statutes/Statutes/e11-2.pdf

Examen de la documentation sur la divulgation

Dingwall, O. Disclosure of patient safety incidents to patients and/or families: a review of the literature, 2006-2010. 2011 January. Available from: www.patientsafetyinstitute.ca

Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. N Engl J Med. 2007 Jun 28;356(26):2713-9.

Matlow A, Stevens P, Harrison C, Laxer RM. Disclosure of medical errors. Pediatr Clin North Am. 2006 Dec;53(6):1091-104.

O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. Int J Qual Health Care. 2010 Oct;22(5):371-9.

Formation sur la divulgation des événements indésirables

Amori G. Pearls on Disclosure of Adverse Events. Chicago, IL: American Society for Healthcare Risk Management; 2006.

Canadian Nurses Protective Society. Reporting and Disclosure of Adverse Events. Info Law: A legal information sheet for nurses. 2008; 17(1).

Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE. Facilitating and impeding factors for physicians' error disclosure: a structured literature review. Jt Comm J QualPatie nt Saf. 2006 Apr;32(4):188-98.

Levinson W. Disclosing medical errors to patients: a challenge for health care professionals and institutions. Patient Educ Couns. 2009 Sep;76(3):296-9. Epub 2009 Aug 14.

Martinez W, Lo B. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student essays. Med Educ. 2008 Jul;42(7):733-41. Epub 2008 May 23.

Posner G, Nakajima A. Assessing residents' communication skills: disclosure of an adverse event to a standardized patient. J Obstet Gynaecol Can. 2011 Mar;33(3):262-8. Available from: http://www.sogc.org/jogc/abstracts/201103_Education_1.pdf

Rathert C, Phillips W. Medical error disclosure training: evidence for values-based ethical environments. Journal of Business Ethics. 2010;97(3):491-503.

Truog RD, Browning DM, Johnson JA, Gallagher TH. Talking with patients and families about medical error. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2010.

Perspectives du patient ou de la famille sur la divulgation

Buckman, R. Practical plans for difficult conversations in medicine: strategies that work in breaking bad news. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2010.

Cox W. The five a's: What do patients want after an adverse event?. J Healthc Risk Manag. 2007;27(3):25-9.

Delbanco T, Augello T. When things go wrong: voices of patients and families. [DVD]. Cambridge, MA: CRICO/RMF; 2006.

Sheridan S, Conrad N, King S, Dingman J, Denham CR. Disclosure through our eyes. Journal of patient safety. 2008 Mar;4 (1):18-26.

Divulgation à de plus d'un patient ou divulgation multi-juridictionnelle

Chafe R, Levinson W, Sullivan T. Disclosing errors that affect multiple patients. CMAJ. 2009 May 26;180(11):1125-7. Available from: http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/180/11/1125

Department of Veterans Affairs. Disclosure of adverse events to patients: VHA directive 2008-022. Washington (DC): United States Veterans Health Administration; 2008. Available from: http://www.ethics.va.gov/docs/policy/VHA_Directive_2008-002_Disclosure_of_Adverse_Events_20080118.pdf

Dudzinski DM, Hébert PC, Foglia MB, Gallagher TH. The disclosure dilemma--large-scale adverse events. N Engl J Med. 2010 Sep 2;363(10):978-86. Erratum in: N Engl J Med. 2010 Oct 21;363(17):1682. Available from: http://healthpolicyandreform.nejm.org/?p=12337

Murphy JF. Informing patients about group adverse events. Ir Med J. 2010 Sep;103(8):228. Available from: http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/122308

Patel PR, Srinivasan A, Perz JF. Developing a broader approach to management of infection control breaches in health care settings. Am J Infect Control. 2008 Dec;36(10):685-90. Available from: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/bbp/Patel_breaches_AJIC_2008.pdf

Remboursement après un incident lié à la sécurité des patients

Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, Rogers MA. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. Ann Intern Med. 2010 Aug 17;153(4):213-21. Available from: http://www.annals.org/content/153/4/213.abstract

Pelletier E, Robson R. Giving back the pen: disclosure, apology and early compensation discussions after harm in the healthcare setting. Healthc Q. 2008;11(3 Spec No.):85-90.Available from: http://www.longwoods.com/content/19655

Le travail en équipes et la divulgation

Jeffs L, Espin S, Rorabeck L, Shannon SE, Robins L, Levinson W, Gallagher TH, Gladkova O, Lingard L. Not Overstepping Professional Boundaries: The Challenging Role of Nurses in Simulated Error Disclosures. J Nurs Care Qual. 2011 October/December;26(4):320-327.

Jeffs L, Espin S, Shannon SE, Levinson W, Kohn MK, Lingard L. A new way of relating: perceptions associated with a team-based error disclosure simulation intervention. Qual Saf Health Care. 2010 Oct;19 Suppl 3:i57-60.

Espin S, Levinson W, Regehr G, Baker GR, Lingard L. Error or "act of God"? A study of patients' and operating room team members' perceptions of error definition, reporting, and disclosure. Surgery. 2006 Jan;139(1):6-14.

ANNEXE B – GLOSSAIRE

Décideur remplaçant
Personne autre que le patient qui est légalement autorisée à prendre des décisions au nom du patient. Cette autorisation peut être accordée par le patient dans un document juridique, comme une directive préalable, une législation, par exemple la *Loi sur la santé mentale*, ou une décision judiciaire, par exemple un tuteur nommé d'office.

Déclaration
La communication d'information sur des incidents liés à la sécurité des patients faite par des prestataires de soins, par l'intermédiaires des voies appropriées à l'interne ou à l'extérieur des organisations de santé, dans le but de réduire le risque que ces incidents liés à la sécurité des patients puissent se reproduire à l'avenir.

Défaillance du système
Une erreur, une défaillance ou un dysfonctionnement dans les méthodes, les processus ou l'infrastructure d'une organisation[16].

Divulgation
Le processus par lequel des prestataires de soins informent un patient de la survenue d'un incident lié à la sécurité des patients.

Événement
Un événement est un incident qui arrive à un patient ou qui concerne un patient[16].

Excuses
Expression sincère que l'on est désolé de ce qui est arrivé. Les excuses doivent contenir un énoncé de responsabilité si celle-ci est déterminée après enquête.

Incident évité de justesse
Un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice superflu à un patient [16]. Inclut :

Incident préjudiciable : Un incident lié à la sécurité d'un patient qui a causé un préjudice au patient. Remplace « événement indésirable » et « événement sentinelle ».

Incident sans préjudice : Un incident lié à la sécurité d'un patient qui a atteint le patient sans toutefois entraîner de préjudice discernable.

Incident évité de justesse : Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient.

Incident non préjudiciable
Voir Incident lié à la sécurité des patients.

Incident préjudiciable
Voir Incident lié à la sécurité des patients.

Préjudice
Défaillance d'une structure ou d'une fonction de l'organisme et/ou tout effet nuisible en découlant. Un préjudice inclut une maladie, une blessure, des souffrances, une incapacité ou même la mort[16].

Préjudice associé aux soins de santé
Préjudice qui découle de plans ou de mesures prises pendant la prestation de soins ou qui est associé à ces plans et mesures, et non un préjudice causé par une maladie ou une blessure sous-jacente[16].

Risques inhérents à une investigation ou un traitement
La plupart des investigations et des traitements comportent des risques inhérents (par ex. complications reconnues, réactions indésirables ou effets secondaires) pouvant se réaliser et qui sont indépendants du ou des prestataires de soins.

Sécurité
L'atténuation à un niveau minimal acceptable du risque de préjudice évitable[16].

Sécurité des patients
L'atténuation à un niveau minimal acceptable du risque de préjudice évitable associé aux soins de santé[16].

ANNEXE C – ÉLÉMENTS RECOMMANDÉS POUR UNE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DIVULGATION

1. **Énoncé de la politique ou des objectifs :** Énoncé formulé en termes positifs qui établit ce qu'est la politique, quand elle s'applique et quels sont les objectifs qu'elle vise[37].

2. **Définitions des termes clés :** Définition des termes dans la politique qui sont propres à votre région ou organisation.

3. **Disposition relative au soutien aux patients :** Énumération des mesures de soutien et des ressources consacrées aux patients.

4. **Disposition relative au soutien et à la formation des prestataires de soins :** Énumération des mesures de soutien et des ressources consacrées aux prestataires de soins.

5. **Processus de divulgation :** Description des étapes essentielles.

   a. Moment propice à la divulgation : Bref énoncé stipulant que l'information sur tout préjudice doit être communiquée, accompagné d'un énoncé de ce qui justifie la divulgation, et définition des degrés de gravité ou de préjudice, tels qu'ils s'appliquent à une organisation.

   b. Équipe chargée de la divulgation : les personnes responsables de la divulgation.

   c. Contenu de la divulgation : Les faits et les exigences et restrictions juridiques.

   d. Manière de faire la divulgation : Divulgation initiale et discussions subséquentes entourant la divulgation qui incluent la présentation d'excuses avec reconnaissance de la responsabilité.

   e. Endroit où la divulgation doit avoir lieu : Contexte et lieu; donner des exemples de lieux privés et confortables où l'on ne risque pas d'être dérangé.

   f. Ce qui doit être documenté.

6. **Disposition relative aux circonstances particulières :** Circonstances générales applicables à votre organisation.

APPENDIX D – LISTE DE VÉRIFICATION DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- S'assurer que le patient reçoit les soins immédiats dont il a besoin.
- S'assurer que le patient, le personnel et les autres patients sont protégés contre tout préjudice immédiat.

PLAN DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- Recueillir les faits.
- Désigner les personnes qui seront présentes aux discussions et celle qui sera chargé de:
  - diriger les discussions pendant les réunions;
  - agir comme personne-ressource auprès de la famille;
  - soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
  - coordonner le processus de divulgation.
- Déterminer le moment où la divulgation initiale aura lieu.
- Énoncer ce qui sera dit et comment la divulgation pourra être faite efficacement.
- Trouver un endroit privé et tranquille où les discussions se dérouleront.
- Avoir conscience de ses émotions et chercher du soutien au besoin.
- Prévoir les émotions du patient et s'assurer qu'il bénéficie de soutien, notamment des personnes qu'il a choisies pour participer aux discussions, comme des membres de sa famille, des amis ou des conseillers spirituels.
- Communiquer avec les services de soutien de son organisation si l'on ne sait pas comment procéder.

DIVULGATION INITIALE

- Présenter les participants au patient et préciser leurs fonctions et les raisons de leur présence.
- Utiliser un langage et des termes que le patient comprend.
- Décrire les faits relatifs à l'incident lié à la sécurité des patients et les résultats connus à ce jour.
- Décrire les mesures qui ont été prises ou qui seront prises pour soigner le patient (les changements à son plan de traitement, selon le cas).
- Éviter les hypothèses et les blâmes.
- S'excuser en disant « Je suis désolé ». Renseigner le patient sur le processus d'analyse de l'événement et lui expliquer ce qu'il peut s'attendre d'apprendre sur l'analyse, en précisant un échéancier approprié.
- Prévoir du temps pour répondre aux questions et fournir des clarifications pour faire en sorte que l'information soit bien comprise.
- Inviter le patient et sa famille à exprimer leur point de vue sur l'événement.
- Être sensible aux considérations culturelles et linguistiques devant être prises en compte.
- Proposer au patient des rencontres ultérieures et lui communiquer les coordonnées de personnes-ressources clés.
- Au besoin, offrir un soutien émotionnel et pratique au patient, comme un soutien spirituel ou les services d'un travailleur social.
- Rembourser au patient les dépenses liées au processus de divulgation, comme il convient.
- Faciliter une enquête plus approfondie et des traitements, le cas échéant.

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

- Continuer à offrir du soutien émotionnel et pratique, au besoin.
- Corroborer ou corriger l'information fournie lors des rencontres précédentes.
- Fournir de l'information factuelle additionnelle à mesure qu'elle devient connue.
- Réitérer ses excuses, qui peuvent inclure une reconnaissance de responsabilité dans ce qui s'est passé, comme il convient.
- Décrire les mesures qui ont été prises à la suite d'enquêtes internes, par exemple les améliorations apportées au système.

DOCUMENTATION La documentation sur le processus de divulgation doit être conforme aux politiques et pratiques de l'organisation et inclure :

- Le jour, l'heure et l'endroit où les discussions ont lieu.
- L'identité de toutes les personnes présentes et les liens entre elles.
- Les faits présentés durant les discussions.
- Les offres de soutien et les réactions à ces offres.
- Les questions soulevées et les réponses fournies.
- Les plans de suivi, y compris les coordonnées des personnes-ressources.

APPENDIX E – PRINCIPES DE DIVULGATION DU RÉSEAU LES PATIENTS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Lorsque survient un événement lié à la sécurité des patients, les patients et leur famille veulent que l'on fasse preuve d'honnêteté, d'empathie et de respect à leur égard; ils s'attendent à des excuses sincères et à une explication de ce qui s'est passé. Ils ont besoin de constater que l'organisation accepte sa responsabilité, et qu'elle fait des changements et prend des mesures pour aider à empêcher qu'un tel incident ne se reproduise.

Les patients et les proches ont besoin :

- d'être informés des risques d'incidents liés à la sécurité des patients;
- d'être informés en temps opportun de tout incident lié à la sécurité des patients;
- de savoir qu'une investigation exhaustive de tous les faits se déroule en temps opportun;
- d'avoir l'occasion de contribuer à l'investigation;
- d'empathie, de compréhension et de soutien;
- d'une divulgation honnête, ouverte et transparente des faits;
- d'excuses sincères et respectueuses, en temps opportun;
- de savoir qu'il y a obligation redditionnelle et responsabilité;
- de savoir qu'un rapport d'investigation exhaustif est communiqué aux personnes et aux organismes appropriés;
- d'être tenus au courant des nouvelles mesures de prévention;
- d'occasions de participer au processus d'amélioration de la sécurité des patients;
- d'une indemnité juste, en temps opportun.

Si vous désirez plus d'information ou si vous avez des questions au sujet de ces principes, veuillez communiquer avec nous à info@patientsforpatientsafety.ca

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Health Quality Council of Alberta. Disclosure of harm to patients and families: provincial framework. Health Quality Council of Alberta; 2006. 24p. [cité le 3 janvier 2008]; Disponible à partir de : http://www.hqca.ca/index.php?id=58.

[2] Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. Open disclosure standard: a national standard for open communication in public and private hospitals, following an adverse event in healthcare. Standards Australia; 2003. 39p. Publication No: 3320. [cité le 3 janvier 2008]; Disponible à partir de : http://www.safetyandquality.org/internet/safety/publishing.nsf/Content/3D5F114646CEF93DCA2571D5000BFEB7/$File/OpenDisclosure_web.pdf.

[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):1001-1007.

[4] Joint Commission Resources. Patients as partners: how to involve patients and families in their own care. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission; 2006.

[5] Harvard Hospitals. When things go wrong: responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals. Burlington Massachusetts: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; 2006 mars. 37p. Disponible à partir de : http://www.ihi.org/NR/rdonlyres/A4CE6C77-F65C-4F34-B323-20AA4E41DC79/0/RespondingAdverseEvents.pdf.

[6] Manser ,T., Staender, S. Aftermath of an adverse event: supporting healthcare professionals to meet patient expectations through open disclosure. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2005 juillet; 49(6):728-734.

[7] National Patient Safety Agency. Being open: communicating patient safety incidents with patients and their carers. National Patient Safety Agency; 2005. [cité le 3 janvier 2008]; Disponible à partir de : http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?alId=5592.

[8] Gallagher, TH, Levinson, W. Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action. Archives of Internal Medicine. 2005 sept 12;165(16):1819-24.

[9] Lamb, RM, Studdert, DM, Bohmer, R., Berwick, DM, Brennan, TA. Hospital disclosure practices: results of a national survey. Health Affairs [Internet]. 2003 Mar-Apr; 22(2):73-83. [cité le 3 janvier 2008]; Disponible à partir de : http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/22/2/73.pdf.

[10] Witman, AB, Park, DM, Hardin, SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Archives of Internal Medicine. 1996 dec 9-23; 156(22):2565-2569.

[11] American Society for Healthcare Risk Management. Disclosure: what works now and what can work even better (one of three). Journal of Healthcare Risk Management. 2004;24(1):19-26.

[12] Springer, R. Disclosing unanticipated events. Plastic Surgical Nursing. 2005;25(4):199-201.

[13] Taylor, J. The impact of disclosure of adverse events on litigation and settlement: a review for the Canadian Patient Safety Institute. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute; 2007 oct. 70p.

[14] Canadian Council on Health Services Accreditation. Patient safety goals & required organizational practices: culture. 2006. [cité le 2008 janvier 3]; Disponible à partir de : http://www2.cchsa-ccass.ca/PatientSafety/psgoalsrops.aspx?culture=en-CA.

[15] Canadian Council on Health Services Accreditation. Leadership and partnership standards (Criteria 13.8). 2007.

[16] Organisation mondiale de la santé. Cadre conceptuel pour la Classification internationale pour la sécurité des patients. Geneva: World Health Organization; 2009 jan. 154 p. Report No.: WHO/IER/PSP/2010.2. Disponible à partir de : http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf[17] Reason, J. Human Error. New York :Cambridge University Press, 1990. 305p.

[17] Reason, J. Human Error. New York :Cambridge University Press, 1990. 305p.

[18] Leape, LL. Full disclosure and apology--an idea whose time has come. Physician Executive. 2006 mars – avril;32(2):16-8.

[19] Nettleton, S, MacLeod, B, Casebeer, A, Cuthbertson, J, Douglas-England, K, Flemons, W. et al. Evaluation of an innovative disclosure initiative in a regional health system. Forthcoming 2011.

[20] Association canadienne de protection médicale, 2008. La communication avec le patient lors d'un préjudice – Divulgation d'événements indésirables. 2008. 37p. [cité le 23 mai 2011]; Disponible à partir de : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/disclosure/introduction/index-e.html

[21] Lazare, A. Apology in medical practice: an emerging clinical skill. JAMA. 2006 sept 20;296(11):1401-1404.

[22] Iedema R, Allen S, Piper D, Baker A, Grbich C, Allan A, et al. Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the "100 patient stories" qualitative study. BMJ. 2011 jul 25;343:d4423;doi: 10.1136/bmj.d4423

[23] Mazor KM, Green SM, Roblin D, Lemai CA, Firneno CL, Calvi J, et al. More than words: Patients' views on apology and disclosure when things go wrong with cancer care. Patient Educ. Couns. 2011 6. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.010

[24] Jeffs L, Espin S, Shannon SE, Levinson W, Lingard L. Not Overstepping Professional Boundaries -The Challenging Role of Nurses in Simulated Error Disclosures. Journal of Nursing Care Quality. 2011 octobre/novembre;26(4):320-327.

[25] Jeffs L, Espin S, Shannon SE, Levinson W, Kohn MK, Lingard L. A new way of relating perceptions associated with a team-based error disclosure simulation intervention. Qual Saf Health Care. 2010 oct 19; Suppl 3:i57-60.

[26] Danish Society for Patient Safety Working Group. Say Sorry. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. [internet]. 2008. 14p. Disponible à partir de : http://patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/Publikationer/Danske/Say_sorry.pdf

[27] Gallagher, T.H., Denham, C.R., Leape, L.L., Amori, G. & Levinson, W. (2007). Disclosing unanticipated outcomes to patients: the art and practice. Journal of Patient Safety. 3(3),158-165.

[28] Shannon SE, Foglia MB, Hardy M, Gallagher TH. Disclosing errors to patients: perspectives of registered nurses. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2009 jan;35(1):5-12.

[29] Matlow A, Stevens P, Harrison C, Laxer RM. Disclosure of medical errors. Pediatr Clin North Am. 2006 dec;53(6):1091-104.

[30] Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Open disclosure manager handbook: A handbook for hospital managers to assist with the implementation of the Open Disclosure Standard. Commonwealth of Australia. c2010. 24p.

[31] Vincent, C. Patient safety. Toronto: Elsevier Science Limited; 2006. 130p.

[32] Dudzinski DM, Hébert PC, Foglia MB, Gallagher TH. The disclosure dilemma--large-scale adverse events. N Engl J Med. 2010 Sep 2;363(10):978-86. Erratum in: N Engl J Med. 2010 oct 21;363(17):1682.

[33] Chafe R, Levinson W, Sullivan T. Disclosing errors that affect multiple patients. CMAJ. 2009 mai 26;180(11):1125-7.

[34] Nova Scotia Health. Disclosure of adverse events policy. 2005.

[35] Saskatchewan Health. Disclosure of harm guideline. Regina: Saskatchewan Health; 2005. 2004

[36] Treatment decisions regarding infants, children and adolescents. Paediatr Child Health [Internet]. 2004 Feb;9(2):99-114. English, French. [cité le 23 mai 2011]; Disponible à partir de : http://www.cps.ca/english/statements/B/b04-01.htm

Diagramme D: PROCESSUS DE DIVULGATION

Combler les besoins en soins immédiats et permanents

Signaler l'événement conformément aux politiques de l'organsation, entrepreprendre l'enquête

Offrir un soutien émotionnel permanent au patient et aux membres du personnel

PRÉPARER LA DIVULGATION INITIALE

Qui sera présent?
Quels sont les faits?
Quand la divulgation initiale aura-t-elle lieu?
Où la divulgation aura-t-elle lieu?
Comment la divulgation sera-t-elle faite?

Qui sera chargé de:
- diriger les discussions pendant les réunions;
- agir comme personne-ressource auprès de la famille;
- soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
- coordonner le processus de divulgation.

Avec l'autorisation du patient, inclure des membres de sa famille et des personnes-ressources

DIVULGATION INITIALE

Fournir les faits
Expliquer le plan de soins
Éviter les hypothèses
Présenter des excuses
Décrire les attentes
Organiser le suivi
Identifier les personnes-ressources
Documenter le processus de divulgation

Utiliser des mots ou des termes clairs

Être ouvert et sincère

Être sensible aux particularités culturelles

S'assurer qu'on est bien compris

Prévoir une période de questions

CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

Fournir plus d'information et informer le patient des mesures correctives mises en place
Présenter des excuses, dire qu'on est désolé
Documenter le processus de divulgation

Diagramme D: PROCESSUS DE DIVULGATION

Combler les besoins en soins immédiats et permanents

Signaler l'événement conformément aux politiques de l'organsation, entrepreprendre l'enquête

Offrir un soutien émotionnel permanent au patient et aux membres du personnel

PRÉPARER LA DIVULGATION INITIALE

Qui sera présent?
Quels sont les faits?
Quand la divulgation initiale aura-t-elle lieu?
Où la divulgation aura-t-elle lieu?
Comment la divulgation sera-t-elle faite?

Qui sera chargé de:
- diriger les discussions pendant les réunions;
- agir comme personne-ressource auprès de la famille;
- soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
- coordonner le processus de divulgation.

Avec l'autorisation du patient, inclure des membres de sa famille et des personnes-ressources

DIVULGATION INITIALE

Fournir les faits
Expliquer le plan de soins
Éviter les hypothèses
Présenter des excuses
Décrire les attentes
Organiser le suivi
Identifier les personnes-ressources
Documenter le processus de divulgation

Utiliser des mots ou des termes clairs

Être ouvert et sincère

Être sensible aux particularités culturelles

S'assurer qu'on est bien compris

Prévoir une période de questions

CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

Fournir plus d'information et informer le patient des mesures correctives mises en place
Présenter des excuses, dire qu'on est désolé
Documenter le processus de divulgation

Diagramme D: PROCESSUS DE DIVULGATION

Combler les besoins en soins immédiats et permanents

Signaler l'événement conformément aux politiques de l'organsation, entrepreprendre l'enquête

Offrir un soutien émotionnel permanent au patient et aux membres du personnel

PRÉPARER LA DIVULGATION INITIALE

Qui sera présent?
Quels sont les faits?
Quand la divulgation initiale aura-t-elle lieu?
Où la divulgation aura-t-elle lieu?
Comment la divulgation sera-t-elle faite?

Qui sera chargé de:
- diriger les discussions pendant les réunions;
- agir comme personne-ressource auprès de la famille;
- soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
- coordonner le processus de divulgation.

Avec l'autorisation du patient, inclure des membres de sa famille et des personnes-ressources

DIVULGATION INITIALE

Fournir les faits
Expliquer le plan de soins
Éviter les hypothèses
Présenter des excuses
Décrire les attentes
Organiser le suivi
Identifier les personnes-ressources
Documenter le processus de divulgation

Utiliser des mots ou des termes clairs

Être ouvert et sincère

Être sensible aux particularités culturelles

S'assurer qu'on est bien compris

Prévoir une période de questions

CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

Fournir plus d'information et informer le patient des mesures correctives mises en place
Présenter des excuses, dire qu'on est désolé
Documenter le processus de divulgation

Diagramme D: PROCESSUS DE DIVULGATION

Combler les besoins en soins immédiats et permanents

Signaler l'événement conformément aux politiques de l'organsation, entrepreprendre l'enquête

Offrir un soutien émotionnel permanent au patient et aux membres du personnel

PRÉPARER LA DIVULGATION INITIALE

Qui sera présent?
Quels sont les faits?
Quand la divulgation initiale aura-t-elle lieu?
Où la divulgation aura-t-elle lieu?
Comment la divulgation sera-t-elle faite?

Qui sera chargé de:
- diriger les discussions pendant les réunions;
- agir comme personne-ressource auprès de la famille;
- soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
- coordonner le processus de divulgation.

Avec l'autorisation du patient, inclure des membres de sa famille et des personnes-ressources

DIVULGATION INITIALE

Fournir les faits
Expliquer le plan de soins
Éviter les hypothèses
Présenter des excuses
Décrire les attentes
Organiser le suivi
Identifier les personnes-ressources
Documenter le processus de divulgation

Utiliser des mots ou des termes clairs

Être ouvert et sincère

Être sensible aux particularités culturelles

S'assurer qu'on est bien compris

Prévoir une période de questions

CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

Fournir plus d'information et informer le patient des mesures correctives mises en place
Présenter des excuses, dire qu'on est désolé
Documenter le processus de divulgation

APPENDIX D – LISTE DE VÉRIFICATION DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- S'assurer que le patient reçoit les soins immédiats dont il a besoin.
- S'assurer que le patient, le personnel et les autres patients sont protégés contre tout préjudice immédiat.

PLAN DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- Recueillir les faits.
- Désigner les personnes qui seront présentes aux discussions et celle qui sera chargé de:
  - diriger les discussions pendant les réunions;
  - agir comme personne-ressource auprès de la famille;
  - soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
  - coordonner le processus de divulgation.
- Déterminer le moment où la divulgation initiale aura lieu.
- Énoncer ce qui sera dit et comment la divulgation pourra être faite efficacement.
- Trouver un endroit privé et tranquille où les discussions se dérouleront.
- Avoir conscience de ses émotions et chercher du soutien au besoin.
- Prévoir les émotions du patient et s'assurer qu'il bénéficie de soutien, notamment des personnes qu'il a choisies pour participer aux discussions, comme des membres de sa famille, des amis ou des conseillers spirituels.
- Communiquer avec les services de soutien de son organisation si l'on ne sait pas comment procéder.

DIVULGATION INITIALE

- Présenter les participants au patient et préciser leurs fonctions et les raisons de leur présence.
- Utiliser un langage et des termes que le patient comprend.
- Décrire les faits relatifs à l'incident lié à la sécurité des patients et les résultats connus à ce jour.
- Décrire les mesures qui ont été prises ou qui seront prises pour soigner le patient (les changements à son plan de traitement, selon le cas).
- Éviter les hypothèses et les blâmes.
- S'excuser en disant « Je suis désolé ». Renseigner le patient sur le processus d'analyse de l'événement et lui expliquer ce qu'il peut s'attendre d'apprendre sur l'analyse, en précisant un échéancier approprié.
- Prévoir du temps pour répondre aux questions et fournir des clarifications pour faire en sorte que l'information soit bien comprise.
- Inviter le patient et sa famille à exprimer leur point de vue sur l'événement.
- Être sensible aux considérations culturelles et linguistiques devant être prises en compte.
- Proposer au patient des rencontres ultérieures et lui communiquer les coordonnées de personnes-ressources clés.
- Au besoin, offrir un soutien émotionnel et pratique au patient, comme un soutien spirituel ou les services d'un travailleur social.
- Rembourser au patient les dépenses liées au processus de divulgation, comme il convient.
- Faciliter une enquête plus approfondie et des traitements, le cas échéant.

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

- Continuer à offrir du soutien émotionnel et pratique, au besoin.
- Corroborer ou corriger l'information fournie lors des rencontres précédentes.
- Fournir de l'information factuelle additionnelle à mesure qu'elle devient connue.
- Réitérer ses excuses, qui peuvent inclure une reconnaissance de responsabilité dans ce qui s'est passé, comme il convient.
- Décrire les mesures qui ont été prises à la suite d'enquêtes internes, par exemple les améliorations apportées au système.

DOCUMENTATION La documentation sur le processus de divulgation doit être conforme aux politiques et pratiques de l'organisation et inclure :

- Le jour, l'heure et l'endroit où les discussions ont lieu.
- L'identité de toutes les personnes présentes et les liens entre elles.
- Les faits présentés durant les discussions.
- Les offres de soutien et les réactions à ces offres.
- Les questions soulevées et les réponses fournies.
- Les plans de suivi, y compris les coordonnées des personnes-ressources.

APPENDIX D – LISTE DE VÉRIFICATION DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- S'assurer que le patient reçoit les soins immédiats dont il a besoin.
- S'assurer que le patient, le personnel et les autres patients sont protégés contre tout préjudice immédiat.

PLAN DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- Recueillir les faits.
- Désigner les personnes qui seront présentes aux discussions et celle qui sera chargé de:
  - diriger les discussions pendant les réunions;
  - agir comme personne-ressource auprès de la famille;
  - soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
  - coordonner le processus de divulgation.
- Déterminer le moment où la divulgation initiale aura lieu.
- Énoncer ce qui sera dit et comment la divulgation pourra être faite efficacement.
- Trouver un endroit privé et tranquille où les discussions se dérouleront.
- Avoir conscience de ses émotions et chercher du soutien au besoin.
- Prévoir les émotions du patient et s'assurer qu'il bénéficie de soutien, notamment des personnes qu'il a choisies pour participer aux discussions, comme des membres de sa famille, des amis ou des conseillers spirituels.
- Communiquer avec les services de soutien de son organisation si l'on ne sait pas comment procéder.

DIVULGATION INITIALE

- Présenter les participants au patient et préciser leurs fonctions et les raisons de leur présence.
- Utiliser un langage et des termes que le patient comprend.
- Décrire les faits relatifs à l'incident lié à la sécurité des patients et les résultats connus à ce jour.
- Décrire les mesures qui ont été prises ou qui seront prises pour soigner le patient (les changements à son plan de traitement, selon le cas).
- Éviter les hypothèses et les blâmes.
- S'excuser en disant « Je suis désolé ». Renseigner le patient sur le processus d'analyse de l'événement et lui expliquer ce qu'il peut s'attendre d'apprendre sur l'analyse, en précisant un échéancier approprié.
- Prévoir du temps pour répondre aux questions et fournir des clarifications pour faire en sorte que l'information soit bien comprise.
- Inviter le patient et sa famille à exprimer leur point de vue sur l'événement.
- Être sensible aux considérations culturelles et linguistiques devant être prises en compte.
- Proposer au patient des rencontres ultérieures et lui communiquer les coordonnées de personnes-ressources clés.
- Au besoin, offrir un soutien émotionnel et pratique au patient, comme un soutien spirituel ou les services d'un travailleur social.
- Rembourser au patient les dépenses liées au processus de divulgation, comme il convient.
- Faciliter une enquête plus approfondie et des traitements, le cas échéant.

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

- Continuer à offrir du soutien émotionnel et pratique, au besoin.
- Corroborer ou corriger l'information fournie lors des rencontres précédentes.
- Fournir de l'information factuelle additionnelle à mesure qu'elle devient connue.
- Réitérer ses excuses, qui peuvent inclure une reconnaissance de responsabilité dans ce qui s'est passé, comme il convient.
- Décrire les mesures qui ont été prises à la suite d'enquêtes internes, par exemple les améliorations apportées au système.

DOCUMENTATION La documentation sur le processus de divulgation doit être conforme aux politiques et pratiques de l'organisation et inclure :

- Le jour, l'heure et l'endroit où les discussions ont lieu.
- L'identité de toutes les personnes présentes et les liens entre elles.
- Les faits présentés durant les discussions.
- Les offres de soutien et les réactions à ces offres.
- Les questions soulevées et les réponses fournies.
- Les plans de suivi, y compris les coordonnées des personnes-ressources.

APPENDIX D – LISTE DE VÉRIFICATION DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- S'assurer que le patient reçoit les soins immédiats dont il a besoin.
- S'assurer que le patient, le personnel et les autres patients sont protégés contre tout préjudice immédiat.

PLAN DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- Recueillir les faits.
- Désigner les personnes qui seront présentes aux discussions et celle qui sera chargé de:
  - diriger les discussions pendant les réunions;
  - agir comme personne-ressource auprès de la famille;
  - soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
  - coordonner le processus de divulgation.
- Déterminer le moment où la divulgation initiale aura lieu.
- Énoncer ce qui sera dit et comment la divulgation pourra être faite efficacement.
- Trouver un endroit privé et tranquille où les discussions se dérouleront.
- Avoir conscience de ses émotions et chercher du soutien au besoin.
- Prévoir les émotions du patient et s'assurer qu'il bénéficie de soutien, notamment des personnes qu'il a choisies pour participer aux discussions, comme des membres de sa famille, des amis ou des conseillers spirituels.
- Communiquer avec les services de soutien de son organisation si l'on ne sait pas comment procéder.

DIVULGATION INITIALE

- Présenter les participants au patient et préciser leurs fonctions et les raisons de leur présence.
- Utiliser un langage et des termes que le patient comprend.
- Décrire les faits relatifs à l'incident lié à la sécurité des patients et les résultats connus à ce jour.
- Décrire les mesures qui ont été prises ou qui seront prises pour soigner le patient (les changements à son plan de traitement, selon le cas).
- Éviter les hypothèses et les blâmes.
- S'excuser en disant « Je suis désolé ». Renseigner le patient sur le processus d'analyse de l'événement et lui expliquer ce qu'il peut s'attendre d'apprendre sur l'analyse, en précisant un échéancier approprié.
- Prévoir du temps pour répondre aux questions et fournir des clarifications pour faire en sorte que l'information soit bien comprise.
- Inviter le patient et sa famille à exprimer leur point de vue sur l'événement.
- Être sensible aux considérations culturelles et linguistiques devant être prises en compte.
- Proposer au patient des rencontres ultérieures et lui communiquer les coordonnées de personnes-ressources clés.
- Au besoin, offrir un soutien émotionnel et pratique au patient, comme un soutien spirituel ou les services d'un travailleur social.
- Rembourser au patient les dépenses liées au processus de divulgation, comme il convient.
- Faciliter une enquête plus approfondie et des traitements, le cas échéant.

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

- Continuer à offrir du soutien émotionnel et pratique, au besoin.
- Corroborer ou corriger l'information fournie lors des rencontres précédentes.
- Fournir de l'information factuelle additionnelle à mesure qu'elle devient connue.
- Réitérer ses excuses, qui peuvent inclure une reconnaissance de responsabilité dans ce qui s'est passé, comme il convient.
- Décrire les mesures qui ont été prises à la suite d'enquêtes internes, par exemple les améliorations apportées au système.

DOCUMENTATION La documentation sur le processus de divulgation doit être conforme aux politiques et pratiques de l'organisation et inclure :

- Le jour, l'heure et l'endroit où les discussions ont lieu.
- L'identité de toutes les personnes présentes et les liens entre elles.
- Les faits présentés durant les discussions.
- Les offres de soutien et les réactions à ces offres.
- Les questions soulevées et les réponses fournies.
- Les plans de suivi, y compris les coordonnées des personnes-ressources.

APPENDIX D – LISTE DE VÉRIFICATION DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- S'assurer que le patient reçoit les soins immédiats dont il a besoin.
- S'assurer que le patient, le personnel et les autres patients sont protégés contre tout préjudice immédiat.

PLAN DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- Recueillir les faits.
- Désigner les personnes qui seront présentes aux discussions et celle qui sera chargé de:
  - diriger les discussions pendant les réunions;
  - agir comme personne-ressource auprès de la famille;
  - soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
  - coordonner le processus de divulgation.
- Déterminer le moment où la divulgation initiale aura lieu.
- Énoncer ce qui sera dit et comment la divulgation pourra être faite efficacement.
- Trouver un endroit privé et tranquille où les discussions se dérouleront.
- Avoir conscience de ses émotions et chercher du soutien au besoin.
- Prévoir les émotions du patient et s'assurer qu'il bénéficie de soutien, notamment des personnes qu'il a choisies pour participer aux discussions, comme des membres de sa famille, des amis ou des conseillers spirituels.
- Communiquer avec les services de soutien de son organisation si l'on ne sait pas comment procéder.

DIVULGATION INITIALE

- Présenter les participants au patient et préciser leurs fonctions et les raisons de leur présence.
- Utiliser un langage et des termes que le patient comprend.
- Décrire les faits relatifs à l'incident lié à la sécurité des patients et les résultats connus à ce jour.
- Décrire les mesures qui ont été prises ou qui seront prises pour soigner le patient (les changements à son plan de traitement, selon le cas).
- Éviter les hypothèses et les blâmes.
- S'excuser en disant « Je suis désolé ». Renseigner le patient sur le processus d'analyse de l'événement et lui expliquer ce qu'il peut s'attendre d'apprendre sur l'analyse, en précisant un échéancier approprié.
- Prévoir du temps pour répondre aux questions et fournir des clarifications pour faire en sorte que l'information soit bien comprise.
- Inviter le patient et sa famille à exprimer leur point de vue sur l'événement.
- Être sensible aux considérations culturelles et linguistiques devant être prises en compte.
- Proposer au patient des rencontres ultérieures et lui communiquer les coordonnées de personnes-ressources clés.
- Au besoin, offrir un soutien émotionnel et pratique au patient, comme un soutien spirituel ou les services d'un travailleur social.
- Rembourser au patient les dépenses liées au processus de divulgation, comme il convient.
- Faciliter une enquête plus approfondie et des traitements, le cas échéant.

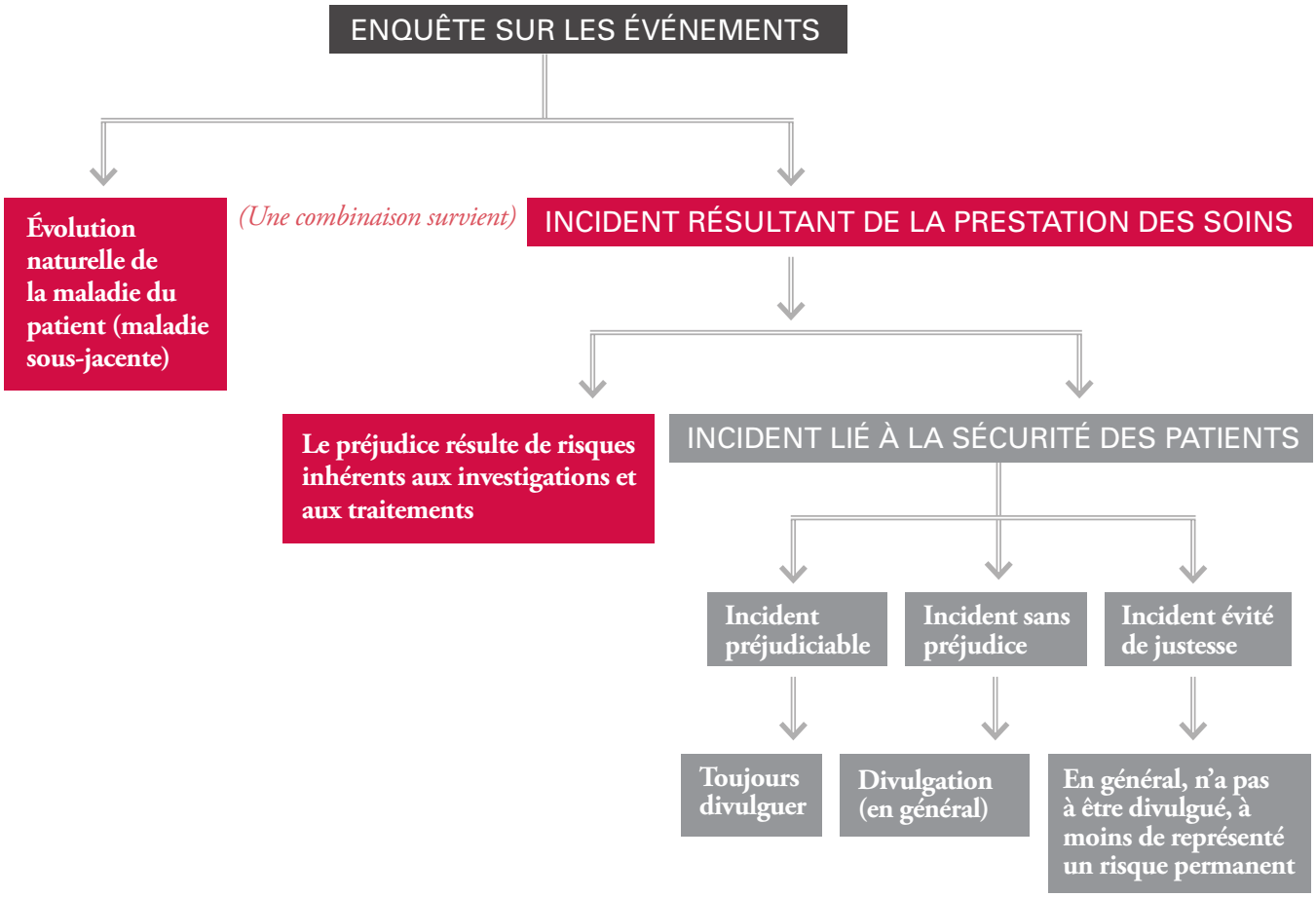
DIVULGATION SUBSÉQUENTE

- Continuer à offrir du soutien émotionnel et pratique, au besoin.
- Corroborer ou corriger l'information fournie lors des rencontres précédentes.
- Fournir de l'information factuelle additionnelle à mesure qu'elle devient connue.
- Réitérer ses excuses, qui peuvent inclure une reconnaissance de responsabilité dans ce qui s'est passé, comme il convient.
- Décrire les mesures qui ont été prises à la suite d'enquêtes internes, par exemple les améliorations apportées au système.

DOCUMENTATION La documentation sur le processus de divulgation doit être conforme aux politiques et pratiques de l'organisation et inclure :

- Le jour, l'heure et l'endroit où les discussions ont lieu.
- L'identité de toutes les personnes présentes et les liens entre elles.
- Les faits présentés durant les discussions.
- Les offres de soutien et les réactions à ces offres.
- Les questions soulevées et les réponses fournies.
- Les plans de suivi, y compris les coordonnées des personnes-ressources.

Diagramme B : TYPE DE PRÉJUDICE ET MOMENT PROPICE À LA DIVULGATION



Une divulgation doit avoir lieu s'il y a eu préjudice lié à un incident sur la sécurité des patients ou s'il y a un risque potentiel de préjudice futur. Dans le cas d'un incident évité de justesse, la divulgation est discrétionnaire; elle sera faite si on juge qu'il serait bénéfique de le dire au patient, par exemple s'il y a un risque résiduel lié à la sécurité.

Ce diagramme a aussi pour but de démontrer qu'une discussion avec les patient devrait avoir lieu peu importe l'origine du préjudice. Bien que le terme « divulgation » soit utilisé pour décrire les communications à la suite d'un incident lié à la sécurité, tout préjudice résultant de la progression de la maladie ou des soins de santé devrait faire l'objet d'une discussion avec le patient.

Un préjudice résultant des risques inhérents à une investigation ou à un traitement doit toujours être communiqué à un patient. Un tel risque ne doit pas prématurément être attribué simplement à une « complication » de l'investigation ou du traitement. Les incidents doivent être examinés de manière appropriée pour que tous les facteurs en cause soient compris. Une analyse peut indiquer qu'une combinaison de raisons a causé le préjudice.

APPENDIX D – LISTE DE VÉRIFICATION DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- S'assurer que le patient reçoit les soins immédiats dont il a besoin.
- S'assurer que le patient, le personnel et les autres patients sont protégés contre tout préjudice immédiat.

PLAN DU PROCESSUS DE DIVULGATION

- Recueillir les faits.
- Désigner les personnes qui seront présentes aux discussions et celle qui sera chargé de:
  - diriger les discussions pendant les réunions;
  - agir comme personne-ressource auprès de la famille;
  - soutenir les prestataires de soins mêlés à l'incident; et
  - coordonner le processus de divulgation.
- Déterminer le moment où la divulgation initiale aura lieu.
- Énoncer ce qui sera dit et comment la divulgation pourra être faite efficacement.
- Trouver un endroit privé et tranquille où les discussions se dérouleront.
- Avoir conscience de ses émotions et chercher du soutien au besoin.
- Prévoir les émotions du patient et s'assurer qu'il bénéficie de soutien, notamment des personnes qu'il a choisies pour participer aux discussions, comme des membres de sa famille, des amis ou des conseillers spirituels.
- Communiquer avec les services de soutien de son organisation si l'on ne sait pas comment procéder.

DIVULGATION INITIALE

- Présenter les participants au patient et préciser leurs fonctions et les raisons de leur présence.
- Utiliser un langage et des termes que le patient comprend.
- Décrire les faits relatifs à l'incident lié à la sécurité des patients et les résultats connus à ce jour.
- Décrire les mesures qui ont été prises ou qui seront prises pour soigner le patient (les changements à son plan de traitement, selon le cas).
- Éviter les hypothèses et les blâmes.
- S'excuser en disant « Je suis désolé ». Renseigner le patient sur le processus d'analyse de l'événement et lui expliquer ce qu'il peut s'attendre d'apprendre sur l'analyse, en précisant un échéancier approprié.
- Prévoir du temps pour répondre aux questions et fournir des clarifications pour faire en sorte que l'information soit bien comprise.
- Inviter le patient et sa famille à exprimer leur point de vue sur l'événement.
- Être sensible aux considérations culturelles et linguistiques devant être prises en compte.
- Proposer au patient des rencontres ultérieures et lui communiquer les coordonnées de personnes-ressources clés.
- Au besoin, offrir un soutien émotionnel et pratique au patient, comme un soutien spirituel ou les services d'un travailleur social.
- Rembourser au patient les dépenses liées au processus de divulgation, comme il convient.
- Faciliter une enquête plus approfondie et des traitements, le cas échéant.

DIVULGATION SUBSÉQUENTE

- Continuer à offrir du soutien émotionnel et pratique, au besoin.
- Corroborer ou corriger l'information fournie lors des rencontres précédentes.
- Fournir de l'information factuelle additionnelle à mesure qu'elle devient connue.
- Réitérer ses excuses, qui peuvent inclure une reconnaissance de responsabilité dans ce qui s'est passé, comme il convient.
- Décrire les mesures qui ont été prises à la suite d'enquêtes internes, par exemple les améliorations apportées au système.

DOCUMENTATION La documentation sur le processus de divulgation doit être conforme aux politiques et pratiques de l'organisation et inclure :

- Le jour, l'heure et l'endroit où les discussions ont lieu.
- L'identité de toutes les personnes présentes et les liens entre elles.
- Les faits présentés durant les discussions.
- Les offres de soutien et les réactions à ces offres.
- Les questions soulevées et les réponses fournies.
- Les plans de suivi, y compris les coordonnées des personnes-ressources.

Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien pour la sécurité des patients

Safe care…accepting no less
Soins sécuritaires…n'acceptons rien de moins

L'Institut canadien pour la sécurité des patients
www.securitedespatients.ca

Edmonton
10235 - 101e rue, bureau 1414 Edmonton (Alberta) Canada T5J 3G1
Téléphone: 780-409-8090 Fax: 780-409-8098 Sans Frais: 1-866-421-6933

Ottawa
1150, rue Cyrville, bureau 410, Ottawa (Ontario) Canada K1J 7S9
Téléphone: 613-730-7322 Fax: 613-730-7323