

Audit de sécurité des soins en médecine de ville

Springer

Paris

Berlin

Heidelberg

New York

Hong Kong

Londres

Milan

Tokyo

René Amalberti, Jean Brami

Audit de sécurité des soins en médecine de ville

*Avec la contribution
de Nicolas Loubry et Brigitte Sicaud*



Springer

René Amalberti

Haute Autorité de Santé
2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

La Prévention Médicale
11, rue Brunel
75017 Paris

Jean Brami

Haute Autorité de Santé
2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Université Paris Descartes
12, rue de l'École de Médecine
75270 Paris Cedex 06

Les propos tenus par les auteurs n'engagent pas les institutions auxquelles ils appartiennent.

ISBN 978-2-8178-0347-0 Springer Paris Berlin Heidelberg New York

© Springer-Verlag France, Paris, 2013

Springer-Verlag France est membre du groupe Springer Science + Business Media

Cet ouvrage est soumis au copyright. Tous droits réservés, notamment la reproduction et la représentation la traduction, la réimpression, l'exposé, la reproduction des illustrations et des tableaux, la transmission par voie d'enregistrement sonore ou visuel, la reproduction par microfilm ou tout autre moyen ainsi que la conservation des banques de données. La loi française sur le copyright du 9 septembre 1965 dans la version en vigueur n'autorise une reproduction intégrale ou partielle que dans certains cas, et en principe moyennant le paiement des droits. Toute représentation, reproduction, contrefaçon ou conservation dans une banque de données par quelque procédé que ce soit est sanctionnée par la loi pénale sur le copyright. L'utilisation dans cet ouvrage de désignations, dénominations commerciales, marques de fabrique, etc. même sans spécification ne signifie pas que ces termes soient libres de la législation sur les marques de fabrique et la protection des marques et qu'ils puissent être utilisés par chacun. La maison d'édition décline toute responsabilité quant à l'exactitude des indications de dosage et des modes d'emploi. Dans chaque cas il incombe à l'utilisateur de vérifier les informations données par comparaison à la littérature existante.

Maquette de couverture et mise en page: Nadia Ouddane

Illustrations de couverture: © Monika 3 Steps Ahead – Fotolia.com et © Alain Wacquier – Fotolia.com

Sommaire

INTRODUCTION

ONZE DIMENSIONS DU RISQUE

1	Gestion de la consultation	21
2	Consultations virtuelles avec les patients (téléphone, SMS, emails).....	35
3	Risques liés à la gestion des urgences	51
4	Risques associés aux visites à domicile	61
5	Risques associés à la gestion du dossier médical, des prescriptions et de l'archivage des examens	69
6	Organisation d'accueil, hygiène et sécurité des locaux et du personnel	89
7	Communications avec les confrères et l'hôpital	109
8	Relations avec les patients	121
9	Information et éducation du patient/entourage (y compris des mauvaises nouvelles)	137
10	Événement indésirable détecté. Et après?	155
11	Gestion des temps: échanges de risques et sacrifices	167

EN CONCLUSION, QUE RETENEZ-VOUS?

Construisez votre check-list de sécurité	179
Construisez votre tableau de bord du risque médical.....	183

INTRODUCTION

Pourquoi ce guide et cet audit ?

La consultation démarre. Le médecin connaît à peu près le temps dont il dispose pour prendre en charge l'ensemble des patients qu'il doit voir. Il connaît ce temps « à peu près » parce que la liste des rendez-vous qu'il a sur son bureau peut évoluer de façon non prévisible, parce qu'un patient dont la pathologie n'admet pas de report sera pris en surnombre, parce que des appels téléphoniques seront reçus malgré les consignes données au secrétariat, parce que le médecin peut aussi avoir des problèmes personnels ou familiaux qui viendront l'interpeller et grever le temps dont il dispose...

Mais ce temps n'est pas élastique. Il existe un capital temps contraint dans lequel le médecin doit prendre en charge un nombre plus ou moins important de patients. Plus le médecin passera de temps avec un patient donné, moins il aura de temps à consacrer aux autres patients.

Le médecin a-t-il réellement conscience de l'existence de ce capital temps ? Souvent débordé par l'accumulation des problèmes qu'il doit résoudre dans la journée, le médecin « court » après le temps. Interrogé¹, il va se dire insatisfait, souvent « en retard » sur son programme et obligé parfois de temporiser, de trouver des solutions « boiteuses » susceptibles d'être à risques. Cette insatisfaction, toutes les enquêtes le montrent, peut mener au « burn out » mais aucun enseignement en formation initiale ou continue ne lui en explique les fondements. L'absence de vision globale du fonctionnement du cabinet médical vient s'ajouter à l'incertitude des diagnostics qui caractérise la pratique de la médecine générale². Sans connaître parfaitement le cadre dans lequel il exerce, le médecin ressent son

1 Lire par exemple : Galam E (2012) L'erreur médicale, le burn out, et le soignant. Paris : Springer Verlag France

2 Les auteurs ont pris le parti d'utiliser de façon préférentielle le terme de « médecine générale ». Néanmoins, la plupart des recommandations contenues dans ce livre concernent l'ensemble des cabinets libéraux, médicaux et paramédicaux.

exercice comme étant à risques, mais un risque mal défini qui engendre un sentiment d'insécurité. Le médecin a l'impression d'être un acteur dans un jeu complexe, toujours en retard d'une étape sur la manoeuvre.

Pourtant, comme lorsqu'il prend sa voiture et qu'il dispose en permanence des indications du tableau de bord (indicateur de vitesse, jauge du niveau d'essence, température du moteur), il faudrait qu'il dispose également d'un tableau de bord qui indiquerait à tout moment les différents paramètres de sécurité de son exercice professionnel. Quel serait le cahier des charges d'un tableau de bord permettant la gestion des risques du cabinet?

Ce tableau comprendrait trois gros cadrans.

Le cadran de la sécurité des pratiques serait l'équivalent de la vitesse, une faille dans l'un ou l'autre des éléments constituant ce cadran pouvant avoir des répercussions majeures en termes de qualité et de sécurité des soins.

- On y trouverait d'abord le coeur technique du métier, c'est-à-dire la prise en charge éclairée par les recommandations de bonnes pratiques de l'immense variété des patients et de leurs pathologies.
- On y trouverait aussi toutes les compétences non techniques du médecin, en particulier le savoir-être, les capacités de proximité et d'écoute, l'empathie, la qualité relationnelle dans l'annonce au patient des mauvaises nouvelles.
- La maîtrise de l'éthique et de la déontologie constitue bien entendu un élément majeur de ce cadran garantissant le cadre de la relation avec le patient.
- De même que la connaissance de la réglementation qui encadre la profession et qui permet de répondre aux interrogations juridiques du métier.
- Enfin le mode d'organisation du cabinet, la capacité du professionnel à se rendre disponible et à éviter de donner des rendez-vous trop éloignés dans le temps, sa manière de gérer les dossiers patients, mais aussi de gérer tout le côté administratif du cabinet, les relations qu'il a avec l'Assurance-maladie et les différents organismes d'État, le temps dédié à la formation, sont les éléments indispensables à prendre en compte pour avoir une vision globale de la sécurité.

Le cadran du temps serait l'équivalent du compte-tours. Il représente l'énergie consacrée à obtenir la vitesse nécessaire. Cette énergie peut être rationalisée en toutes les propriétés de son propre style de conduite, de l'environnement et du véhicule. Ce cadran comporte typiquement plusieurs éléments temporels qui coexistent en permanence.

- Le temps de la décision immédiate, exprimé en secondes. Choisir de prendre ou de ne pas prendre en compte une plainte exprimée par le patient au milieu d'autres plaintes, retenir un diagnostic parmi d'autres possibles et l'étayer par un faisceau de probabilités, décider éventuellement de revenir sur ce diagnostic immédiat et de prendre le temps d'explorer une autre piste.
- Le temps de la maladie: temps en heures des infections rapidement évolutives ou des accidents vasculaires, temps en jours ou en mois des maladies cancéreuses ou des maladies chroniques.
- Le temps du cabinet médical: inertie du secrétariat, délais de rendez-vous inappropriés, gestion des examens complémentaires.
- Le temps du système médical: les relations avec les autres professionnels de santé, les interfaces.
- Le temps du patient enfin: temps mal contrôlé en médecine de ville où le patient est libre d'aller voir ou non le médecin, de faire ou non les examens demandés dans le temps recommandé, de prendre ou non les médicaments prescrits...

La liste pourrait être déroulée à l'infini et il existe d'autres sujets qui auraient pu être traités. Mais les auteurs ont fait des choix, parfois difficiles, pour identifier les domaines qui leur semblent les plus importants pour permettre le pilotage éclairé du cabinet. Leur objectif est que le professionnel prenne conscience de ces éléments temporels, car de cette prise de conscience découle la mise en place de mesures adaptées. Les domaines explorés correspondent aux préoccupations d'un moment et sont susceptibles d'évoluer en fonction de problématiques nouvelles qui pourraient émerger.

Enfin, le cadran du degré de tolérance du médecin, de son risque de burn out ou d'épuisement professionnel serait l'équivalent du niveau d'essence.

- Le médecin dispose-t-il d'une assurance prévoyance permettant d'envisager un « pépin de santé » avec tranquillité?
- A-t-il lui-même un médecin traitant?
- Quel est l'état de santé économique de son entreprise médicale?
- Comment le médecin gère-t-il le stress? A-t-il appris à le faire?

- Sait-il se créer des espaces de liberté dans la journée? Sait-il faire des pauses dans la semaine ou dans l'année?
- Consacre-t-il suffisamment de temps à sa famille, à ses hobbies?

Ce cadran est très important, mais il ne sera pas ou peu abordé dans cet ouvrage. Il nécessiterait des développements qui dépasseraient largement les objectifs avancés par les auteurs.

Aucun de nous ne maîtrise parfaitement toutes ces dimensions. Pourtant si on garde l'exemple de la conduite automobile, on reste sur la route, en frôlant de temps en temps l'accident. La plupart des apprentissages clés de gestion des risques médicaux ont lieu par expérience plus que par guidage formel d'un enseignement.

Les peurs rétrospectives après avoir vécu des incidents ou des accidents nous apprennent beaucoup, mais jamais suffisamment pour nous mettre à l'abri. C'est l'expérience cumulée des confrères qui nous permet de progresser. Quarante ans de métier ne suffisent pas à refléter les expériences vécues par quarante mille confrères.

Notre exercice est finalement trop solitaire pour vraiment capitaliser sur un savoir collectif. Nous réagissons à nos propres erreurs et devenons moins vulnérables sur un point particulier, mais souvent avec une solution qui tôt ou tard nous jette par ignorance dans l'erreur suivante.

Ce livre est une compilation, une mémoire collective des risques principaux que le professionnel de santé ambulatoire peut rencontrer.

En ce sens, il va l'aider à s'évaluer et à tester sa pratique pour l'ensemble des domaines à risques de son activité. Certains de ces domaines sont connus et le professionnel est habitué à y faire face, d'autres ont déjà fait l'objet de difficultés pour lesquelles le professionnel a trouvé des solutions, et d'autres enfin, peut-être les plus nombreux, sont autant de vulnérabilités potentielles qu'il est bon de connaître.

Il couvre onze entrées clés des risques dans l'exercice de ville :

- gestion de la consultation ;
- consultations virtuelles avec les patients (téléphone, SMS, emails) ;
- urgences ;
- visites à domicile ;
- dossier médical, prescriptions ;
- organisation d'accueil, hygiène et sécurité des locaux et du personnel ;
- communications avec les confrères et l'hôpital ;
- relations avec les patients ;

- information et éducation du patient/entourage (y compris des mauvaises nouvelles) ;
- événements indésirables détectés ;
- gestion des temps : sacrifices et échanges de risques entre dimensions.

Il offre l'accès à :

- une documentation de fond actualisée sur chaque dimension du risque ;
- un audit personnalisé et confidentiel des risques dans la pratique ;
- l'accès à un @learning personnalisé en fonction des points faibles détectés dans l'audit.

Comment utiliser l'ouvrage et ses droits d'audit ?

Vous achetez en même temps que l'ouvrage papier un droit d'accès à un site de l'éditeur, dans lequel vous pourrez réaliser votre audit confidentiel et bénéficier de l'@learning.



Ce livre vous donne accès à un audit informatique complet et personnalisé de vos risques au cabinet avec un diagnostic de maîtrise pour chaque grand secteur de risques et un accompagnement pédagogique d'amélioration des pratiques et de formation continue sous forme d'@learning.

La formule est inédite.

Le livre papier (ou numérique) vous offre un état des lieux des savoirs en matière de risques sur chaque dimension traitée : quelle existence en France parmi les médecins libéraux, quel volume, quelle nature des risques pour le patient, quels liens à l'erreur médicale, quels risques pour vous en matière juridique ?

Ce livre contient un code pour accéder au site de test développé chez Springer. Ce site vous permettra de réaliser votre audit, en répondant à 110 questions sur les 11 dimensions proposées. Ce travail d'audit réclame de la tranquillité et du temps pour le réaliser, sans doute plusieurs heures, et bien sûr honnêteté intellectuelle pour que le test garde sa pertinence.

Trois qualités dirigent cet audit :

- une charte déontologique claire et une confidentialité totale. On ne vous demandera pas votre nom. On vous demandera simplement quelques éléments caractérisant vos conditions d'exercices, notamment votre

classe d'âge, votre lieu d'installation (rural [$< 10\,000$ habitants], petite ville [de $10\,000$ à $100\,000$ habitants], grande ville) et votre type de pratique (cabinet isolé, cabinet de groupe, association type urgences ou réseau, maison de santé). Une fois le test terminé, vous accéderez à vos résultats personnels que vous pourrez télécharger. Dès le téléchargement opéré, vos données seront effacées en tant que données individuelles. Elles seront par contre agrégées entre elles de façon à vous faire bénéficier d'une vision relative de votre test parmi l'ensemble des réponses des praticiens relevant d'un environnement comparable de pratiques (comparaison par groupe homogène). Vous pourrez donc vous situer parmi ces autres praticiens qui auront réalisé l'audit ;



La procédure utilise une charte déontologique d'une totale confidentialité sur vos données personnelles.

- des fiches de progrès personnalisées : tous les domaines où votre pratique montrera une prise de risque insuffisamment maîtrisée vous ouvriront l'accès à des fiches dédiées précisant les solutions d'amélioration ;
- une utilisation et une validité temporelle limitée : vous pourrez faire deux tests avec le livre ; vous disposerez de 2 mois pour compléter le premier test une fois la session du test ouverte. Vous disposerez de 6 mois pour accéder aux fiches @learning une fois votre premier test terminé. Ces fiches sont construites pour vous faire progresser comme dans une formation continue classique : vous y trouverez un diagnostic de vos vulnérabilités et une ou plusieurs méthodes d'amélioration avec des indicateurs à suivre.

Vous pourrez vous retester une seconde fois 6 mois après la fin du premier test afin d'évaluer vos progrès.

À vos lunettes (pour lire) et votre plume (pour vous évaluer) !

À propos des auteurs

René Amalberti est docteur en médecine, docteur en psychologie cognitive. Après une carrière de professeur de physiologie au Val-de-Grâce et de nombreux détachements interministériels dans le cadre de la sécurité industrielle et médicale, il partage actuellement son temps entre la Haute Autorité de santé (conseiller sécurité des soins) et la MACSF (mutuelle d'assurance du corps sanitaire français) où il est plus particulièrement responsable du domaine de la prévention médicale.

Jean Brami est docteur en médecine, médecin généraliste en exercice depuis plus de 30 ans, professeur associé de médecine générale à l'université Paris-Descartes et conseiller technique à la direction de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute Autorité de santé. Il est depuis 6 ans le coordinateur d'une lettre électronique mensuelle « DPC & Pratiques » consacrée à la qualité et à la sécurité des soins et distribuée à plus de 30 000 professionnels de santé.

Nicolas Loubry est juriste, directeur adjoint et responsable du département protection juridique du Sou Médical – groupe MACSF. Il collabore régulièrement à la rédaction d'articles en droit de la santé dans la presse médicale et professionnelle.

Brigitte Sicaud est juriste experte à la MACSF, en charge des dossiers à hauts enjeux.

Jean Brami et René Amalberti ont déjà publié dans la même collection :
Brami J. Amalberti R. *La sécurité du patient en médecine générale*, Springer, 2009

Glossaire des termes utilisés

Erreur

L'erreur est toujours d'origine humaine. Il s'agit d'un acte non volontaire réalisé par un professionnel de santé et qui empêche d'atteindre le résultat escompté. Il peut s'agir d'erreur par omission³ (l'acte qui aurait dû être réalisé ne l'est pas) ou par commission (un acte est réalisé alors qu'il n'aurait pas dû l'être). La littérature distingue les erreurs de routine, les plus fréquentes, et les erreurs de connaissance. Parmi ces dernières, moins de 2 % seraient en rapport avec un déficit réel de connaissances, les autres seraient des erreurs de mobilisation de ces connaissances (connaissances non mobilisées dans le bon contexte).

Événement indésirable associé aux soins

Selon l'OMS⁴, un événement indésirable est « un incident qui entraîne une atteinte pour le patient ». L'atteinte liée aux soins étant elle-même définie comme « une atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés, et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacents ».

Événement porteur de risque (EPR)

Tout événement indésirable qui n'engendre aucun dommage pour le patient, ou qui a été « récupéré » à temps, avant qu'un dommage ne se produise.

3 Beaucoup de notions concernant la gestion des risques sont largement développées dans le guide de la HAS : *La sécurité des patients* (2012) *Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*.

4 WHO (2009) The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1-1. Final technical report

Risque

Le risque est la probabilité qu'un incident, causant un dommage ou pouvant causer un dommage, se produise. Quand cet incident se produit, on dit que le risque s'est réalisé.

Sécurité du patient

Absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (OMS).

ONZE DIMENSIONS DU RISQUE

1

Gestion de la consultation

Quizz

La consultation de médecine générale présente moins de risques d'erreurs qu'à l'hôpital : **Oui** ☒ **Non** ☒

En médecine de ville, le temps de la consultation est particulièrement emblématique. C'est le moment clé au cours duquel le médecin reçoit son patient, l'écoute, l'examine, porte son diagnostic et met en place ou poursuit son traitement. Le temps de la consultation est aussi un temps fort à l'hôpital, mais en ville, les patients sont souvent connus depuis longtemps et présentent des symptômes divers qu'il faut raccrocher à différentes spécialités médicales.

Mais bien d'autres différences existent entre la ville et l'hôpital :

- Les définitions de l'erreur apparaissent beaucoup plus floues en ville qu'à l'hôpital. Par exemple, la notion de retard de diagnostic, première cause de plaintes en soins primaires à égalité avec les erreurs médicamenteuses, est mal étayée et subjective quand on cherche une date de début précise^{5,6}. Il en va de même des erreurs médicamenteuses

5 Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, et al. (2006) Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med* 145: 488-96.

6 Neal RD, Pasterfield D, Wilkinson C, *et al.* (2008) Determining patient and primary care delay in the diagnosis of cancer – lessons from a pilot study of patients referred for suspected cancer. *BMC Fam Pract* 9: 9
Cette étude montre combien il est difficile de baser une mesure du retard sur les dires du patient : elle porte sur une cohorte de 184 patients anglais avec suspicion de cancer. Méthode : deux délais sont notés : le temps écoulé entre a et b, et b et c. a = le moment où le patient a commencé à avoir des symptômes qui rétrospectivement sont attribuables à la maladie, b = le moment où ces symptômes sont devenus un motif de consultation à son généraliste, c = le moment où le médecin généraliste a évoqué directement la question, ou au moins envoyé le patient à un spécialiste. Un questionnaire demande à chaque patient la date de son premier symptôme. Résultats : seulement 16 % des patients se souviennent correctement des dates du premier symptôme et 30 % de la date de la première consultation ciblée.

si souvent citées chez la personne âgée : les jugements externes qui dénoncent les multiples erreurs en se référant à un idéal de sécurité (prescriptions inadaptées de psychotropes ou d'analgiques chez les personnes âgées, et/ou indications dangereuses en rapport avec la dégradation de la clairance...), restent à pondérer par la pression de la demande du terrain, des souffrances et des symptômes auxquels le médecin doit répondre et de l'absence récurrente de solutions réellement alternatives disponibles⁷.

- Les consultations ne durent que 15 minutes au mieux, et la France est l'un des pays au monde dans lequel les consultations sont les plus longues.
- Les problèmes évoqués par les patients sont nombreux, en moyenne 3,1 problèmes différents par consultation⁸.
- Les symptômes sont souvent récents, débutants, pas très graves ou banals, dans un contexte psychosocial ou de comorbidité qui prend souvent le dessus dans l'entretien. Le temps utile dans la consultation est de ce fait réparti entre différents objectifs (écoute, temps relationnel et social, caractéristiques de la maladie, conduite à tenir et explications à donner)⁹.
- L'observance est également différente en ville et à l'hôpital. Trente à cinquante pour cent des patients ne suivent pas les prescriptions médicales en soins primaires¹⁰, et cette non-observance est très coûteuse. En France, le problème est particulièrement critique compte tenu de la culture de la prescription. Les pharmacies familiales abondent de médicaments inutilisés et souvent périmés. Presque 63 000 tonnes de médicaments sont redonnées annuellement à Cyclamed, l'organisme en charge de les détruire, ce qui, ramené à la population française, reste trois à cinq fois supérieur aux autres pays européens¹¹.
- Ainsi, la stratégie idéale de réponses aux demandes du patient n'est pas évidente. Le praticien est obligé de trouver des réponses synthétiques, rapides, pas toujours parfaitement exactes, qui sont des « compromis

7 Mallet L, Spinewine A, Huang A (2007) The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet* 370:185-91.

8 Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, et al. (2004) How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. *Ann Fam Med* 2:405-10.

9 Jacobson L, Elwyn G, Robling M, Jones RT (2003) Error and safety in primary care: no clear boundaries. *Fam Pract* 20: 237-41.

10 Barber N (2002) Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care* 11: 81-4.

11 Fatiha Nousseir I (2005) Mémoire du Mastère M. Médicaments achetés, remboursés et non utilisés en France : aperçu d'un gaspillage. Consultable sur : http://www.memoireonline.com/12/08/1699/m_Medicaments-achetes-rembourses-et-non-utilises-en-France-Apercu-dun-gaspillage0.html

raisonnables ». Si un événement indésirable, bénin ou grave survient, il est facile de qualifier, a posteriori, ce compromis raisonnable d'erreur.



La consultation de médecine générale confronte le médecin à des risques majorés par rapport aux consultations hospitalières !

À ces caractéristiques générales s'ajoutent des caractéristiques propres aux systèmes de santé. Les modalités de paiement à l'acte peuvent par exemple parasiter certaines consultations. Plus grave sans doute, notre système de protection sociale a longtemps encouragé les professionnels à prendre en compte les multiples demandes non médicales relatives à la délivrance de services complémentaires. Et nous n'évoquons pas le lien ambigu entretenu avec le patient par le pouvoir de prescrire un arrêt de travail (option qui n'est pas celle de la plupart des autres pays européens¹²).

Le risque dans la gestion des consultations, qui découle des caractéristiques énoncées plus haut, peut se décliner selon une démarche en entonnoir qui va du plus général (le temps de travail et sa pénibilité en médecine) au plus local (comment conduire l'écoute du patient et conduire la suite de la consultation de façon sûre). Il faut à la fois gérer le temps global de travail médical, gérer l'agenda de la journée et l'agenda de la consultation, gérer les interruptions inévitables qui se produisent durant la consultation, tout en laissant suffisamment de temps au patient pour qu'il s'exprime.

1. Gérer le temps global de travail médical

La pression temporelle existant dans la majorité des consultations use littéralement les médecins généralistes en même temps qu'elle a des répercussions sur la sécurité des actes.

On trouve un bel exemple de cette affirmation dans l'étude américaine MEMO¹³. Cette étude a été conduite sur 449 médecins appartenant à 119 cabinets de groupe entre 2001 et 2005 et s'est intéressée à l'effet de l'organisation du temps dans le travail, ses conséquences pour le médecin et pour la qualité de la prise en charge des patients. Elle prend également en compte

12 Le système anglais avec son Statutory Pay Act de 1991 a déchargé le paiement des arrêts maladie de la caisse de Sécurité sociale vers les employeurs. Depuis cette date, l'encadrement procédural des arrêts est fortement contraint, à la fois sur les diagnostics éligibles, les justifications et les durées, avec un système de contrôle renforcé. Il en va de même dans les pays de l'Europe du Nord.

13 Linzer M, Manwell LB, Williams ES, et al. (2009) Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med* 151: 28-36.

l'impact des cas cliniques difficiles qui désorganisent la journée, la culture des professionnels et l'organisation globale du cabinet médical. Dans cette étude, les médecins devaient évaluer le temps accordé à chaque patient par rapport au temps qu'ils auraient voulu leur accorder idéalement, en intégrant les temps perdus à d'autres tâches et ceux qui pouvaient être « sauvés » (temps finalement passés inutilement). Ils devaient aussi isoler les cas particuliers difficiles et très perturbants dans l'agenda de la journée. Un questionnaire de stress évaluait l'impact sur le médecin de ces régulations plus ou moins forcées. L'impact positif ou négatif de la stratégie du médecin était évalué sur les patients chroniques (diabétiques, hypertendus, coronariens). Plus de la moitié (53,1 %) des médecins ont rapporté des difficultés avec la gestion du temps pendant la consultation, et 30,3 % disent qu'il leur faudrait 50 % de temps en plus dans la consultation pour bien faire leur travail. La plainte d'un environnement professionnel chaotique avec des interruptions incessantes, de temps perdu à rechercher l'information, et de l'impossibilité de récupérer tout retard, était mise en avant par 48,1 % des médecins. Dans ces conditions, 48,8 % des généralistes se sentaient stressés, 26,5 % se sentaient proches du *burn out*, et 30,1 % évoquaient l'éventualité de quitter cette forme d'exercice libéral dans les 2 ans. Côté patients, les conséquences étaient réelles (diabétiques en particulier) mais relativement limitées dans la série observée, comme si les médecins arrivaient à compenser la gestion erratique du temps par une activité encore plus importante et des journées encore plus longues, évidemment au détriment de leur propre santé¹⁴.



Mal gérer son temps constitue un risque pour le patient et a un impact sur la santé du soignant !

2. Gérer l'agenda de la journée et l'agenda de la consultation

Quizz

L'allongement de la durée de la consultation permet de réduire les risques :

Oui ☒ **Non** ☒

La durée de la consultation varie considérablement d'un pays à l'autre

Une étude multinationale a été réalisée en 2002¹⁵ afin de comparer les

14 Galam E (2012) *L'erreur médicale, le burn out et le soignant*. Paris: Springer Verlag France.

15 Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, et al. (2002) Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 325: 472.

pratiques dans six pays européens. Il s'agissait d'analyser des consultations vidéo enregistrées dans ces différents pays (15 consultations par médecin généraliste, 190 médecins généralistes). La durée de consultation était mesurée avec un chronomètre, et un questionnaire était rempli par le médecin et le patient afin de relever les caractéristiques de l'un et de l'autre.

La durée moyenne des consultations a été de 7,6 minutes en Allemagne, 7,8 minutes en Espagne, 9,4 minutes au Royaume-Uni, 10,2 minutes aux Pays-Bas, 15 minutes en Belgique et 15,6 minutes en Suisse, avec une moyenne générale de 10,9 minutes. La variabilité de la durée de consultation était explicable pour 55 % par les caractéristiques du patient, 22 % par celles du médecin et 23 % celles du pays. Les courtes durées de consultation des médecins généralistes espagnols et allemands pourraient s'expliquer par leur activité importante (plus de 200 patients par semaine) mais aussi par le fait qu'il n'y a pas d'échanges d'argent directement entre patient et médecin. Le modèle allemand repose notamment sur des honoraires versés à un organisme auquel adhère le médecin comme libéral. Chaque consultation vaut x points qui seront refacturés au client en fin de mois et rétribués au médecin par l'organisme de gestion ; à noter que dans ce système, même les consultations téléphoniques sont facturées au patient.

Les plus longues durées de consultation (hors le cas français) concernent la Belgique et la Suisse, où le système d'accès aux médecins est proche du nôtre (*open market*, paiement direct par le patient). Quant aux Anglo-Saxons et aux Hollandais, ils utilisent le principe de la capitation et leurs durées de consultation sont intermédiaires (*la capitation consiste en une inscription annuelle des patients chez un assureur national ou privé qui les oriente vers un médecin affilié. Une fois le choix validé, le patient peut aller voir ce médecin gratuitement autant de fois qu'il le souhaite*).

La France se caractérise par le temps le plus long de consultation : 16,4 minutes en moyenne (chiffres 2006)¹⁶

Les variations sont attribuables pour les deux tiers aux disparités observées au sein de la clientèle d'un même médecin et pour un tiers à la variation des pratiques d'un généraliste à l'autre. Ainsi les patients âgés, en ALD ou présentant des pathologies psychologiques ou psychiatriques bénéficient de temps de consultations plus longs. Il en est de même pour les nouveaux patients et les cadres supérieurs. À l'inverse, les bénéficiaires de la CMU auraient des temps de consultation plus courts. Les femmes médecins et,

16 Breuil-Genier P, Gofette C (2006) La durée des séances des médecins généralistes. Études et recherches. DREES: 481.

les médecins à honoraires libres ou à activité faible, garderaient leurs patients plus longtemps.

Une enquête¹⁷ menée entre juin et novembre 2010 par l'union régionale des professions de santé (URPS) Île-de-France auprès de 169 médecins généralistes franciliens confirme cette singularité française. Elle montre que près des trois quarts (72 %) des consultations durent plus de 15 minutes et en moyenne 17 minutes ; près de la moitié des consultations (47 %) contiennent au moins 2 motifs de consultation (en moyenne 1,7 motif) ; et qu'en dehors des tâches médicales, les médecins réalisent près de 30 tâches supplémentaires (prévention ou conseil en santé, tâches administratives, recherche médicale autour de la consultation, correspondances pour un confrère, rédactions de certificats hors motif de consultation, ordonnances marquées en actes gratuits). Enfin, dans 15 % des cas le médecin s'occupe également d'une personne qui n'est pas la personne qui a pris rendez-vous (parent, conjoint, frère ou soeur).



Un temps de consultation long n'est pas forcément synonyme d'une réduction des risques d'erreur !

Les consultations les plus longues ne sont pas les plus sûres

Même anciens, certains enseignements n'ont pas perdu leurs valeurs quant aux bénéfices/inconvénients de la durée de consultation. Stewart avait élaboré dès 1995 un score d'efficacité de la consultation (réponse effective à la demande du patient et qualité de cette réponse)¹⁸. L'analyse de centaines de consultations montrait alors que les consultations les plus courtes (7,8 minutes) étaient peu performantes ; mais paradoxalement celles supérieures à 10 minutes n'apportaient aucune amélioration. Les consultations de durée intermédiaire (8,5 minutes) étaient dans cette série les plus efficaces. Ce résultat a souvent été retrouvé dans la littérature.

Il s'explique essentiellement par un échange de risques entre, d'une part, la fréquence et les opportunités de diagnostic (de pathologies débutantes) et, d'autre part, l'efficacité de chaque consultation. Plus la consultation est longue (et avec échange financier avec le patient), moins elle est fréquente, ne serait-ce que parce que les consultations de 20 minutes

17 URPS Île-de-France (2012) Étude sur les tâches cumulatives réalisées par le médecin généraliste pour les patients lors de la consultation mais sans rapport direct avec celle-ci.

18 Stewart MA (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 152: 1423-33.

diminuent mécaniquement la disponibilité du médecin pour une haute fréquence de rencontre avec ses patients. Bref, ce qui est gagné d'un côté (le contenu fouillé de la consultation) est perdu de l'autre (le retour fréquent du patient), avec un effet négatif possible dans le retard au dépistage de pathologies émergentes.

La conclusion de l'étude est claire : le savoir-faire et l'efficacité dans une consultation ne sont que très partiellement liés à la durée réelle de cette consultation.

D'autres études confirment que le temps prolongé de la consultation pose en plus des difficultés particulières par rapport à un temps plus court. En effet, plus la consultation s'allonge, plus il devient impératif de gérer avec une stratégie claire l'agenda des demandes et de prioriser, ce qui peut être une source d'erreurs¹⁹.

3. Gérer les interruptions

Quizz

Les interruptions pendant le temps de la consultation sont susceptibles d'entraîner des erreurs. Est-il possible d'apprendre à les gérer ? **Oui** ☒ **Non** ☒

La gestion souvent incessante des interruptions pendant les consultations est une autre cause majeure d'erreurs sur les patients, aussi bien pour ceux qui sont à l'origine de l'interruption (patients qui se rajoutent aux consultations et qui sont vus trop vite, actes non sécurisés au téléphone, consultations données dans un coin de porte...), que pour ceux qui subissent l'interruption et pour lesquels on néglige parfois, après l'interruption, de poser la question clé, de faire l'examen déterminant ou la prescription efficace.

Le thème des interruptions et distractions pendant la consultation et de leur lien au risque d'erreur est assez récurrent dans la littérature.

Plusieurs études²⁰ mesurent le temps impliqué dans les tâches professionnelles imposées et le nombre d'interruptions et en font un ratio. Quatre types de tâches rendent compte de 80 % de l'activité de ces médecins. Ces tâches concernent les soins sur le patient, les soins indirects (prescriptions...), les activités de coordination dans l'équipe et la traçabilité administrative

19 Ogden J, Bavalia K, Bull M, et al. (2004) I want more time with my doctor: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract* 21: 479-83.

20 Westbrook JI, Coiera E, Dunsmuir WT, et al. (2010) The impact of interruptions on clinical task completion. *Qual Saf Health Care* 19: 284-9.

des actes. En ce qui concerne les interruptions, on retrouve des chiffres inquiétants mais qui ne surprendront pas le professionnel.

Les médecins sont interrompus 6,6 fois par heure et 11 % des tâches en cours sont interrompues. Première constatation, les interruptions s'associent à un allongement significatif du temps total du soin. Mais, si l'on s'intéresse au temps réellement passé dans le soin, on assiste surtout à l'accélération des soins qui suivent l'interruption. Les auteurs de l'étude citée en référence en concluent que les stratégies des médecins dans leurs tâches professionnelles varient probablement en fonction de l'organisation de leur cabinet et du niveau d'interruption usuel que ces médecins ont l'habitude d'accepter dans leur pratique (accord pour recevoir un appel téléphonique, accord pour être interrompu par la secrétaire ou par un patient qui revient chercher un document...).

Une revue de questions²¹ récente résume tous ces travaux. Elle se focalise sur la fréquence des distractions et interruptions au cours des consultations en médecine générale. On retrouve au premier rang le téléphone et les bipers divers, les signatures et réponses à des besoins administratifs jugés « urgents » par le secrétariat, les questions des patients.



Les médecins sont interrompus 6,6 fois par heure et 11 % des tâches en cours sont interrompues. Ces interruptions causent beaucoup d'erreurs sur le patient en cours... et sur les suivants (accélération, rattrapage du retard). Il est possible d'apprendre à réduire ce risque.

Six études²² ont calculé le taux d'interruptions pendant un soin particulier ou une consultation ; les chiffres varient entre 9 et 62 %, avec trois études à plus de 40 %. Sept autres études ont étudié la réaction des professionnels de santé à ces interruptions. Dans 10 % des cas, le médecin doit quitter son poste de travail, et, s'il revient à sa tâche interrompue dans 75 % des cas, c'est souvent après un arrêt substantiel de plusieurs minutes et d'autres tâches lancées entre-temps suite à l'interruption. Les médecins ne reviennent pas à leur soin en cours après l'interruption dans 18,5 % des cas.

Le lien avec un taux d'erreurs précis n'est cependant pas totalement établi dans la littérature, mais les auteurs s'accordent à dire qu'un système médical soumis aux dictats modernes de la facilité des communications

21 Rivera-Rodriguez AJ, Karsh BT (2010) Interruptions and distractions in healthcare: review and appraisal. *Qual Saf Health Care* 19: 304-12.

22 Westbrook JI, Coiera E, Dunsmuir WT, *et al.* (2010) The impact of interruptions on clinical task completion. *Qual Saf Health Care* 19: 284-9.

(téléphone, mail...) s'expose mécaniquement encore plus aux erreurs. Il s'agit donc plus d'apprendre individuellement et collectivement à les gérer que de vouloir les supprimer : choix du moment pour interrompre ou accepter l'interruption, aide des collègues après interruption pour refocaliser l'attention du professionnel là où elle était au moment de l'interruption. Ces savoirs sont déjà enseignés, notamment en aéronautique, et pourraient aisément être transposés dans le domaine médical.

4. Laisser s'exprimer le patient pour sécuriser l'anamnèse et saisir correctement la demande

Quizz

Combien laissez-vous de temps en moyenne à votre patient pour qu'il exprime ses problèmes avant de l'interrompre et le guider ?

Quelques secondes ☒ **Quelques minutes** ☒

La gestion du temps d'expression des patients est un problème bien connu de tous les praticiens, mais encore loin d'être bien maîtrisé.

Les médecins se sentent souvent incapables de contrôler leur flux de paroles et de régler plusieurs problèmes dans le temps limité de la consultation. Ils sont inquiets de la façon dont ils sont, ou ne sont pas, compris par le patient et du temps nécessaire pour expliquer un diagnostic, un traitement ou un conseil²³. Des formations commencent à exister pour apprendre aux généralistes à mieux contrôler leurs consultations et donc à prendre moins de risques dans cette écoute²⁴.

Toutes ces formations portent sur deux points : le contrôle de l'agenda et l'adoption d'une attitude d'empathie sociale effective permettant de récupérer efficacement les informations et les demandes du patient dans un temps compatible avec la consultation.

Sur ce dernier point, les études sont anciennes et les résultats sont plutôt contre-intuitifs : des règles contrôlées d'écoute empathique permettent une meilleure expression des symptômes par le patient et un meilleur climat de coopération et d'écoute mutuelle (ce point est important quand on sait que 50 % des patients en médecine générale ne respectent pas toutes

23 Stewart MA (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 152: 1423-33.

24 Roter DL, Hall JA, Kern DE, et al. (1995) Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. Arch Intern Med 155: 1877-84.

les prescriptions du médecin) tout en n'allongeant pas significativement la durée de consultation.

Pourtant, cet idéal d'écoute empathique est éloigné des pratiques habituelles.

Dès 1984, Howard Beckman et Richard Frankel avaient réalisé une étude qui reste une référence en matière de conduite de consultation et d'écoute du patient²⁵. Ils analysaient 74 consultations en médecine générale prises au hasard d'un cabinet et conduites par plusieurs médecins, et montraient que seulement 23 % des patients avaient été invités à exposer la totalité des symptômes qu'ils présentaient. Dans tous les autres cas, le médecin les avait interrompus avant (souvent pour gagner du temps) et ces interruptions par le médecin avaient fait tourner court l'exposé des problèmes, ou avaient obligé le patient à se formater dans une idée préconçue et finalement (partiellement) inexacte. Dans 8 % des cas, non seulement l'information avait été perdue lors de la visite, mais « tuée » pour les visites suivantes (le patient retenant qu'il n'était pas invité à parler de ces points) ; ce n'est que lors de la survenue de complications ultérieures que l'information « tuée » avait été révélée. Le message choc de cette étude est que les généralistes interrompent leurs patients en moyenne après 18 secondes d'expression initiale des symptômes pour les orienter vers des réponses précises.

En 1999, une étude comparable²⁶ a confirmé cette attitude, en retrouvant cette fois sur un plus grand échantillon un délai moyen d'écoute de 23 secondes avant redirection par le généraliste. Pire, les patients relancés n'avaient cette fois que 6 secondes en moyenne pour répondre à la relance, avec une déperdition assez forte de contenu. Au total, ces études estiment à 65 % les consultations où les patients n'ont pas pu s'exprimer.

Pourtant, les médecins considèrent massivement qu'ils passent trop de temps dans de l'écoute inutile et surestiment considérablement le temps de parole du patient : une minute dans la réalité en moyenne sur une consultation de 20 minutes, alors que les médecins interrogés estiment le temps à 9 minutes²⁷.

Avec le temps, la situation n'a pas vraiment évolué et les mêmes résultats sont retrouvés avec une totale régularité. Mais ce qui s'est confirmé à travers les années, c'est que ce savoir-faire d'écoute est clairement une compétence

25 Beckman HB, Frankel RM (1984) The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 101: 692-6

26 Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB (1999) Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 281: 283-7

27 Makoul G, Clayman ML (2006) An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 60: 301-12.

qui peut s'enseigner et s'acquérir²⁸. Ainsi en 2002, au cours d'une formation de ce type, 14 médecins et 330 patients ont été testés. Le résultat a montré que « la perte de temps » à écouter le patient était minime. Dans la grande majorité des cas (78 %), les patients n'ont pris que 2 minutes au plus pour exprimer leurs demandes et leurs symptômes²⁹.

Par ailleurs, il existe maintenant de nombreux sites destinés aux patients qui leur expliquent, comme par un effet de miroir paradoxal, comment gérer la consultation et le médecin peu écoutant³⁰.

Quelles conséquences pour des médecins trop directifs dans le questionnement du patient ? On observe que ces médecins génèrent un nombre d'hypothèses plus faible (médecins dirigés par leur vision initiale, modèle de confirmation), avec un risque de passer à côté du bon diagnostic ou de la bonne information.

Il faut reconnaître aussi que les patients et les médecins ont des vues divergentes sur ce qui est important à exprimer dans une consultation. Les patients donnent la priorité au diagnostic de leur maladie, aux raisons qui les ont conduits à cet état et au pronostic. Les médecins de leur côté surestiment le besoin des patients à comprendre leur traitement³¹.

Mais il est clair aussi que les patients ne se rappellent pas de tout ce qui leur a été dit. Seulement 50 à 60 % des choses dites pendant la consultation seraient mémorisées.



Laisser plus de temps au patient pour s'exprimer n'est pas une perte de temps !

LE POINT DE VUE DU JURISTE

L'absence d'information, le manque d'empathie ou la mauvaise information du patient sont des sources récurrentes et croissantes de plaintes.

Le Code de déontologie médicale prévoit à l'article R. 4127-7 du Code de la santé publique (CSP) le devoir pour le médecin d'« écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leurs origines, leurs mœurs et leur situation de famille, leur

28 The Calgary-Cambridge Guides for Medical Interview, 2000, revue en 2009, accessible à : <http://www.skillscascade.com/index.html>

29 Langewitz W, Denz M, Keller A, et al. (2002) Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 325: 682-3.

30 Consultation analysis: <http://www.patient.co.uk/search.asp?searchterm=Consultation+analysis&searchcoll=All&x=9&y=8>

31 Kindelan K, Kent G (1987) Concordance between patients' information preferences and general practitioners' perceptions. *Psychology & Health* 1: 399-409.

appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ».

En d'autres termes, le médecin lors de ses consultations, doit se garder de tout propos désobligeant, accorder une écoute attentive à son patient, le questionner à bon escient et lui apporter une information claire et loyale.

À défaut, il s'expose à des sanctions pénales et/ou disciplinaires et il peut, aussi, avoir à faire face à une action devant une juridiction civile en demande d'indemnisation de la part du patient ou de sa famille.

Ainsi, un médecin généraliste a été condamné à indemniser le préjudice d'une patiente âgée qui, lors de ses vacances, l'avait consulté pour gêne et perte auditive en lui signalant qu'elle était « fragile » des oreilles. En réalité, elle était atteinte d'otospongiose et elle avait été opérée à plusieurs reprises. Il s'agissait d'une visite sans rendez-vous dans le contexte d'une consultation chargée. Le médecin a procédé d'emblée à un lavage d'oreille pour retirer un bouchon de cérumen sans interroger la patiente sur ses antécédents. Sa responsabilité a été retenue pour une prise en charge non attentive et non conforme aux données acquises de la science : le silence de la patiente sur ses antécédents ne pouvant l'exonérer, même partiellement, de sa responsabilité.

De même, deux médecins, l'un gastroentérologue, l'autre médecin généraliste ont été condamnés à indemniser le préjudice d'une famille en lien avec le décès du patient pour n'avoir pas donné à ce patient ou à son épouse une information claire et loyale sur le risque de récurrence de son cancer et ce, en dépit de la défense du médecin alléguant que l'état psychologique de ce patient ne lui permettait pas de recevoir l'information. Le gastroentérologue l'avait rassuré en lui expliquant que l'intervention l'avait guéri et qu'il n'y avait aucun risque de récurrence et le médecin généraliste traitant n'a pas non plus donné une information loyale sur ce risque en tempérant les affirmations de son confrère.

Cette question est loin d'être nouvelle, mais connaît une très forte actualité depuis 10 ans ; le sujet n'est qu'abordé ici et repris en détail plus loin.

54 % des plaintes de patients et 45 % du contenu de ces plaintes ne sont jamais expliqués clairement au patient par les professionnels qui reviennent vers eux³².

Ces mauvaises ou insuffisantes informations données au patient sont une forte source de plaintes judiciaires et assurantielles^{33,34}. C'est même la première cause que les juristes

32 Cantor MD (2002) Telling patients the truth: a systems approach to disclosing adverse events. *Qual Saf Health Care* 11: 7-8.

33 Vincent C, Young M, Phillips A (1994) Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 343: 1609-13.

34 Chiu YC (2010) What drives patients to sue doctors? The role of cultural factors in the pursuit of malpractice claims in Taiwan. *Soc Sci Med* 71: 702-7.

identifient dans les raisons de porter plainte par les patients, présente dans 70 % des motivations de plaintes.

Dans 50 % des visites, le patient et le médecin ne sont pas totalement d'accord sur la nature du problème à traiter³⁵. Médecins et patients ne sont d'accord sur la légitimité des plaintes que dans 76 % des plaintes somatiques et 6 % des plaintes psychosociales.

5. Quels standards pour une consultation sûre ?

Progressivement, sur la base des différentes études, un standard de consultation sûre a émergé permettant de réduire les risques au minimum pour le patient et pour le médecin, en utilisant au mieux le temps pragmatique d'une consultation^{36,37}.

Un des guides les plus populaires régulièrement mis à jour pour une pratique sûre de la consultation est publié par la Mayo Clinic. Le questionnaire qui suit donne une idée du contenu de ce travail³⁸.



Questionnaire de la Mayo Clinic pour la conduite efficace de la consultation

Vous sentez-vous dépassé par trop de projets, de patients à gérer dans vos journées de travail ? Pensez-vous donner le bon niveau d'attention à tout ce qui le mérite ? Contrôlez-vous votre temps ou est-il laissé à la merci d'interruptions et d'improvisations ? Vous savez probablement qu'une gestion effective du temps vous aiderait à mieux gérer le risque et la fatigue quotidiens. Et vous savez sans doute que pour être plus efficace dans cette gestion, il vous faut minimiser votre stress et améliorer votre qualité de vie.

Comment faire ? La méthode de la Mayo Clinic vous propose de choisir une des trois stratégies suivantes, et de l'essayer pendant 3 semaines. Si les résultats vous satisfont, gardez-là, sinon, essayez une autre ou cumulez les stratégies.

- Planifiez chaque journée. Planifier va vous aider à faire plus dans un meilleur confort. Écrivez une liste de ce que vous prévoyez de faire, en mettant en tête ce qui sera absolument à faire. Gardez un agenda raisonné de ces différentes tâches dans la journée et maintenez-le pour éviter des précipitations à la dernière minute par retard accumulé.

35 Bismark MM, Spittal MJ, Gogos AJ, et al. (2011) Remedies sought and obtained in healthcare complaints. *BMJ Qual Saf* 20: 806-10 (doi:10.1136/bmjqs-2011-000109).

36 Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, et al. (2004) Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ Couns* 54: 227-33.

37 Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J (2003) Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 78: 802-9.

38 <http://www.mayo.edu/msgme/residencies-fellowships/family-medicine/>

- Priorisez vos tâches. Les tâches essentielles et incontournables consomment déjà une grande partie de la journée ; ne pensez pas dans cette liste aux seules tâches professionnelles, mais réservez aussi la place aux tâches importantes pour vous, émanant de la sphère privée.
- Apprenez à dire non sur des tâches secondaires (pour vous).

En complément, la méthode de la Mayo Clinic vous suggère plusieurs actions :

- déléguez tout ce que vous pouvez déléguer efficacement ;
- prenez le temps de faire du travail de qualité. Ne bâclez pas, le prix en temps à payer secondairement à des tâches bâclées avec des insuffisances peut être beaucoup plus lourd ;
- essayez de couper les tâches très consommatrices de temps en sous-tâches ;
- essayez de pratiquer la règle de 10 minutes : travaillez réflexivement (en vous regardant faire) sur une tâche difficile et imprécise 10 minutes par jour. Au bout de quelques jours, vous aurez un estimé plus réel de cette tâche ;
- évaluez votre capacité de réponse à des interruptions. Comptez pendant 3 jours les tâches ajoutées, l'impact sur les autres tâches. Qu'avez-vous sacrifié particulièrement dans votre sphère privée (repas familial, amis, sport) ? Est-ce supportable ? Quel impact sur vos distractions ? Combien de temps réservé hors du travail à votre équilibre privé ? Quel impact sur votre sommeil ? Sur votre sport ?
- si votre employeur vous offre une formation continue, prenez-la. Sinon, faites vous-même l'effort de trouver une forme d'échappement intellectuel ;
- prenez des vacances régulièrement. Et plus pragmatiquement, réservez-vous des pauses dans la journée : marche...

2

Consultations virtuelles avec les patients (téléphone, SMS, emails)

— Quiz —

Permettre au patient de joindre son médecin en donnant le numéro de portable ou l'adresse email constitue une réelle sécurité pour le patient : Oui ☒ Non ☒

La pratique de la consultation à distance (téléconsultation) est devenue légale en France depuis la loi HPST (article 78) et le décret d'octobre 2010³⁹. De même, il est possible maintenant de délivrer une ordonnance sans avoir à se déplacer. Pour autant, ce cadre légal, peu ou pas encore déployé, n'est pas l'objet des risques dont on parlera dans ce chapitre.

L'usage quotidien du téléphone, des SMS et des emails, dans des interactions bien moins cadrées et formelles qu'une téléconsultation officielle, expose à beaucoup de risques qui ne vont pas se réduire, bien au contraire. D'une part, la très grande majorité des contacts médecins-patients qui se font par l'intermédiaire du téléphone, du mail, ou du SMS ne sont pas considérés réellement comme des consultations (ils ne donnent lieu à aucune rémunération) et d'autre part, ces médias sont aussi devenus un pivot de la communication professionnelle (non couverte par le décret).

Ce chapitre aborde donc le problème des risques liés à tous les usages professionnels au cabinet de ces médias, sans se limiter au cas (relative-

39 Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine. Article R. 6316-1 : « Relèvent de la télémedecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent les actes de télémedecine 1° La téléconsultation.../...2° La téléexpertise.../...3° La télésurveillance médicale.../...4° La téléassistance médicale.../ »

ment étroit) de la consultation à distance protocolée et éventuellement prise en charge par l'Assurance-maladie.

1. L'usage des nouveaux médias de communication dans les activités médicales a pris une incroyable ampleur

Comme quelques-uns de ses confrères, le Dr L. a inscrit sur ses ordonnances son adresse email⁴⁰. Il pense ainsi accompagner son siècle dans ses pratiques de communication, favoriser la communication avec ses patients en étant plus facilement joignable, tout en s'évitant de subir les intrusions du téléphone.

Le Dr L. ne va pas tarder à s'apercevoir que l'email n'est pas un téléphone. Rapidement, en effet, les interrogations les plus diverses ne manquent pas d'arriver dans sa boîte mail : que ce soient des désirs d'éclaircissements sur le contenu d'une ordonnance, ou bien des demandes de conseils sur une attitude à avoir ou un régime à suivre. L'utilisation assez fréquente de ce nouveau moyen de communication va rapidement poser de nouveaux problèmes au Dr L., surtout lorsqu'il se trouve confronté à des demandes plus précises encore sur la santé de ses patients, qui vont concerner directement sa pratique quotidienne. Il reçoit, par exemple, un email de Mlle G., qui veut « rapidement » obtenir une ordonnance ; celle-ci lui a été conseillée par son kinésithérapeute, afin de pouvoir pratiquer les mêmes séances de rééducation que l'année dernière pour ses lombalgies. Pour la patiente, il s'agit d'un simple geste systématique, qui ne justifie pas de consultation particulière, mais pour le médecin... la question ne se pose pas du tout de la même façon ! Ce dernier hésite longuement sur la manière de répondre à cette demande qui peut paraître très simple dans son énoncé, mais ne l'est pas du tout dans la pratique. La prescription d'actes thérapeutiques comme la gymnastique médicale, la rééducation ou les massages suppose l'examen complet du malade par le médecin prescripteur. Le fait que la personne ait déjà ou non possédé une ordonnance équivalente dans le passé ne rentre pas en ligne de compte.

On le voit, à travers cet exemple précis qui ne met pas en danger la vie d'un patient, de nombreuses questions apparaissent. Pourtant plusieurs raisons poussent à penser que l'usage de ces médias devient chaque jour plus incontournable :

- une augmentation du besoin de communication et de connectivité médicale. La coordination entre professionnels sur des trajets patients

40 Anecdote rapportée par François Baumann (2008) Faut-il accepter les consultations par mail ? Responsabilité: 31

fait intervenir de plus en plus de professions, dans un temps de plus en plus contraint. Le téléphone ou l'email sont des médias tout indiqués pour cette fonction car ils sont plus rapides que l'écrit ou le contact face-à-face pour porter l'information. Ils sont moins consommateurs de ressources en temps et moins exigeants dans leur protocole conversationnel (la communication orale dans le téléphone ou le langage naturel écrit appauvri dans le mail) ; la prise de rendez-vous est de plus en plus aidée par ces nouveaux médias ;

- une disponibilité et une facilité croissante offertes par l'incroyable boom des technologies nomades (PDA, tablettes, Internet) survenu dans les 10 dernières années qui a fait entrer ces outils dans l'univers quotidien des Français ⁴¹ ;
- une réorganisation du travail et de la permanence des soins intégrant de plus en plus cette réalité, à la fois pour le triage et même pour la couverture étendue du territoire (décret 2010 sur la télémedecine) ;
- un usage croissant de ces mobiles comme assistant ordinateur (accès aux aides en ligne, recommandations, thérapeutiques et bien d'autres), ou de suivi de cohortes de patients à risques (par exemple suivi en oncologie ou diabétologie)⁴². Dans certaines pratiques, les généralistes utilisent les fonctions avancées du mobile pour s'en servir d'aide-mémoire technique, ou pour obtenir de l'information d'assistance en ligne et en deviennent assez vite dépendants. C'est le cas par exemple dans le département de l'Isère pour les pathologies infectieuses. Ce département s'est doté en 2000 d'une consultation mobile assez efficace, *via* une *hotline* fonctionnant 24 heures/24, 7 jours/7 qui permet aux généralistes d'être mis en contact avec des infectiologues⁴³.

41 Source INSEE 2011 : Un peu plus de 64 % des ménages déclarent avoir un accès à Internet à leur domicile en 2010, contre 56 % en 2008 et seulement 12 % en 2000. L'étude note la « percée spectaculaire » de la navigation sur le Web depuis un téléphone portable, pratiquée par 38 % des internautes en 2010, contre 20 % en 2008. <http://www.20minutes.fr/web/679163-web-deux-tiers-foyers-francais-connectes-internet>

42 Patient.co.uk. Telephone consultations, <http://www.patient.co.uk/doctor/Telephone-Consultations.htm>, 2010 (vérifié le 28 mars 2012)

43 Caillis M (2009) Caractéristiques des appels de médecins généralistes à une consultation mobile d'infectiologie et évaluation du service rendu, Thèse de médecine, Grenoble. 178 généralistes ont sollicité 284 avis à cette unité mobile sur une période de 5 mois entre octobre et mars 2009 en utilisant majoritairement leur portable (75,3 % des cas) et en téléphonant très majoritairement pendant les heures de jour et de semaine. La raison de l'appel était relative à la prise en charge thérapeutique dans 49,6 % des cas et l'aide diagnostique dans 25,3 %. Une consultation formelle ou une aide diagnostique était sollicitée dans 25,3 % des cas. La pathologie virale était le principal motif d'appel. La thèse ne juge pas des difficultés particulières de la relation téléphonique, mentionnant simplement des tensions ressenties dans 4 % des cas par le généraliste et dans la même proportion par l'infectiologue.

La proportion exacte de consultations concernées par le téléphone et le mail est très sous-estimée car la très grande majorité de ces contacts, par téléphone ou par mail, sont aujourd'hui non rémunérés et ne sont pas tracés, bien qu'ils puissent parfois avoir la valeur d'une consultation.

Mais on possède quand même quelques chiffres.

Dans une analyse déjà ancienne de 2001⁴⁴, réalisée aux États-Unis à partir d'un panel de 9 000 utilisateurs de PDA avec mail et mobile (dans un pays où le taux de couverture était nettement en avance sur la France), 85 % des patients équipés disaient se servir tous les jours de leur mail et 6 % s'en étaient déjà servis pour contacter leur médecin. À la même époque, moins de 7 % des médecins hospitaliers qui avaient répondu à l'enquête utilisaient leur mail pour communiquer avec les patients, mais ce chiffre a explosé en 2008 atteignant 16,6 % dont 2,9 % des médecins américains utilisant l'email comme mode principal de communication avec leurs patients (panel de 4 203 médecins).

En 2008, toujours aux États-Unis, 57,5 % des généralistes ne donnaient pas leur numéro de mobile, mais déjà 38 % le donnaient à des patients ciblés. 25 % des communications des médecins passaient par le téléphone, alors que seulement 6 % des internes recevaient une formation, même simpliste, à l'usage de ce média⁴⁵.

Plusieurs sondages récents montrent que près de 20 % des contacts directs entre médecins et patients en médecine générale utilisent le téléphone aux heures ouvrables (pour des aspects administratifs ou de vrais conseils médicaux), et les chiffres continuent à augmenter. La littérature montre que le système médical ne forme pas les professionnels spécifiquement à cette aptitude et, sans surprise, le nombre de plaintes augmente⁴⁶.

Donner son numéro de téléphone mobile et son adresse email au patient permet d'améliorer l'accessibilité au médecin mais ajoute un certain nombre de contraintes qu'il faut gérer. Par exemple, une étude conduite par questionnaire distribué à 120 généralistes (dont 88 femmes) en Israël⁴⁷, révèle que les généralistes préfèrent donner leur numéro de mobile plutôt que

44 Sittig DF, King S, Hazlehurst BL (2001) A survey of patient-provider e-mail communication: what do patients think? *Int J Med Inform* 61: 71-80.

45 Antoun J (2011) Utilization of cell phone and emails in the medical consultation, 10th Annual Family Medicine conference, <http://www.lsfm.net/10th%20Annual%20Conference/Sunday/Jumana%20Antoun.pdf>

46 Royal college of General Practitioners (2012) Enhance your telephone consultations & communicating about risk with patients consultation skill day, <http://www.rcgp.org.uk/default.aspx?page=9717&eventId=5573>

47 Peleg R, Avdalimov A, Freud T (2011) Providing cell phone numbers and email addresses to patients: the physician's perspective. *BMC Res Notes* 4: 76.

leur adresse mail. Ils préfèrent répondre au téléphone dans des périodes préfixées de la journée et reconnaissent qu'ils répondraient par mail sur une plage beaucoup plus grande, même s'ils pensent aussi que ces mails sont moins bien adaptés à la relation médicale. Il n'y a pas de différence marquée selon les sexes ; paradoxalement, ce sont les médecins les plus âgés qui laissent plus volontiers leur numéro de portable aux patients.

En France, les données commencent à être disponibles et vont exactement dans le même sens.

Une enquête en 2012 de l'URPS médecins Île-de-France⁴⁸ conduite auprès des médecins généralistes franciliens montre qu'ils passent en moyenne plus de 7 heures au téléphone (7 heures et 8 minutes) avec leurs patients ou avec leurs confrères chaque semaine. 77,8 % des appels proviennent des patients, 8,9 % de leurs familles, 4,4 % de confrères et 8,9 % d'autres sources.

L'analyse porte sur 3 734 appels reçus. Chaque jour, les généralistes répondent directement à 15 appels téléphoniques de leurs patients d'une durée moyenne de 2 minutes 12 secondes, qu'ils aient ou non un secrétariat téléphonique :

- 77 % des appels sont reçus de 9 h à 12 h et de 14 h à 19 h. Le pic d'appel se situe entre 9 h et 10 h (11 % des appels). Les appels les plus longs ont lieu après 19 h (plus de 3 minutes) ;
- 33 % des appels reçus ont pour motif une demande de conseils ou d'avis sur des résultats d'examen et 45 % des appels sont des demandes de rendez-vous ;
- les médecins généralistes franciliens déclarent passer eux-mêmes 9 appels par jour à leurs patients ou à des confrères, d'une durée moyenne de 5 minutes.

Cette grande disponibilité des médecins généralistes s'étend aux nouveaux moyens de communication, en direct avec leurs patients, au travers de leur téléphone portable et de leur email :

- 47 % échangent par emails avec leurs patients ;
- 48 % leur donnent leur numéro de téléphone portable.

Le revers de cette disponibilité est double : ce temps passé au téléphone n'est ni reconnu ni rémunéré, et 56 % des médecins généralistes franciliens déclarent se sentir harcelés par le téléphone, qui perturbe leurs consul-

48 Enquête URPS médecins Île-de-France, <http://www.urps-med-idf.org/presse/index.asp>

tations. Pour répondre à ce harcèlement, 68 % d'entre eux ont recours à la neutralisation de leur ligne lors d'une consultation difficile ou lorsque les appels sont trop fréquents.

L'URPS médecins recommande aux pouvoirs publics de reconnaître et valoriser le téléconseil du médecin généraliste francilien, qui représente l'équivalent de 25 consultations par semaine.



Téléphone, mails ou SMS sont devenus incontournables mais le professionnel doit en connaître les risques et accepter leurs limites !

2. Quels risques précisément ?

L'excellent site anglais *Patient.co.uk*⁴⁹ met en ligne des analyses actualisées de la littérature.

L'une de ces analyses porte précisément sur les risques liés à ces nouvelles pratiques de médecine « à distance » et sur le savoir-faire qu'il faut maîtriser en conséquence.

Les bénéfices sont évidents : gain de temps, gain de charge, offre d'accès accrue pour des patients isolés. Même sur le fond, le téléphone peut s'avérer plus efficace que le face-à-face, par exemple dans le suivi de cohortes ; ce résultat a été démontré avec le suivi d'asthmatiques⁵⁰ : il y a moins de perte de temps, plus de concentration sur l'essentiel et finalement les résultats sont meilleurs.

Mais les risques ajoutés sont aussi bien connus : absence d'examen physique, confidentialité des échanges moins grande, expérience du professionnel indispensable, coûts de la communication, exclusions sociales (personnes âgées, personnes parlant mal la langue, malentendants, personnes déshéritées sans téléphone), distance psychologique accrue, accès plus difficile au médecin si la connexion se fait par l'intermédiaire d'un sas de triage, sans parler des actions discutables (quelle est la valeur des certificats médicolégaux envoyés par mails ou de conclusions diagnostiques établies à distance ?). Enfin le flou du modèle économique (qui paie qui et qui rembourse quoi) n'est pas le moindre des obstacles.

49 Patient.co.uk. Telephone consultations, <http://www.patient.co.uk/doctor/Telephone-Consultations.htm>, 2010.

50 Pinnock H, Madden V, Snellgrove C, Sheikh A (2005) Telephone or surgery asthma reviews? Preferences of participants in a primary care randomized controlled trial. *Prim Care Respir J* 14: 42-6.

Risques spécifiques liés à l'utilisation du mail

Une thèse française de 2008 s'est intéressée à l'usage des mails⁵¹ en faisant une revue de littérature et en développant particulièrement les résultats d'un questionnaire américain adressé à 311 patients, relatif aux bénéfices ressentis à communiquer par ce média avec leur médecin. Sur les 311 patients, 265 (85 %) considèrent comme point positif que le mail est « *plus efficace que le téléphone* » ; 158 (51 %) estiment que cela « *améliore les conseils donnés par le médecin* » et 123 (40 %) pensent que c'est une façon « *moins intimidante de poser des questions* ». Dans les risques ressentis, seulement deux thèmes concernent une majorité de patients : « *Mon médecin pourrait ne pas répondre à mes emails* » (50 % des patients). « *Je crains de trop déranger mon médecin* » (47 % des patients). Le mail semble utile pour les points administratifs, et serait moins intrusif que le téléphone.

En ce qui concerne les points négatifs, une synthèse de la littérature souligne des inconvénients récurrents : ambiguïtés de connaissance des adresses, incertitude sur les habitudes d'usage de l'interlocuteur médecin ou patient, incertitude sur l'efficacité du média, procédé consommateur de temps et enfin, problème de la facturation (47 % des patients ne souhaitent pas payer les consultations par mails, considérant qu'elles s'apparentent à un service global)⁵².

Que faire ? Les 7 règles d'or de l'AMA (*American Medical Association*)⁵³ sont utiles :

- éduquez le patient sur la confidentialité de ce que peut contenir le mail ;
- informez le patient si vous n'êtes pas le seul à voir les mails (secrétariat) ;
- utilisez des messageries cryptées ;
- méfiez-vous des mails sur des situations touchant à l'urgence (mauvais média pour cet objectif de l'urgence, le temps de réponse habituel tourne entre 1 et 2 jours) ;
- apprenez aux patients à écrire et structurer les mails : marquer l'objectif (demande de renouvellement d'ordonnance, de rendez-vous), indiquer cet objectif dans le titre du mail, exiger que le patient indique son nom et son numéro d'identification ;

51 Malarewicz J (2008) La place du courrier électronique dans la communication entre le médecin généraliste et le patient, Thèse de médecine, Paris 5-Descartes.

52 Jumana Antoun (2011) Utilization of cell phones and emails in the medical consultation. 10th Annual Family Medicine Conference, <http://www.lsfm.net/10th%20Annual%20Conference/Sunday/Jumana%20Antoun.pdf>

53 <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion5026.page>

- gardez toujours les archives ;
- configurez votre mail pour générer une réponse automatique de réception et exiger de même pour vos patients.



Le téléphone portable et les SMS ne sont bénéfiques à la communication entre médecins et patients que si les deux parties ont été formées à les utiliser avec prudence.

Le médecin doit afficher clairement les limites de l'usage de ces médias par les patients. Une affichette en salle d'attente peut résumer ces limitations.

Risques spécifiques liés à l'utilisation du téléphone

Comme le mail, le téléphone joue un rôle assez important dans la survenue d'erreurs. Les anamnèses sont moins bien faites, l'examen est forcément sommaire sans voir le patient et sans examens complémentaires. Parfois, c'est un intermédiaire qui appelle.

Quelques conseils de bon sens :

- donnez les horaires pendant lesquels il est possible de vous appeler ;
- informez les patients de la politique que vous avez en matière de réponse au téléphone. En particulier, expliquez quels sont les appels que vous traiterez et ceux que vous ne traiterez pas ;
- documentez les appels et tracez-les.

Il est conseillé de réaliser une affichette pour la salle d'attente résumant ces différents points.

Quelles sont les différences entre les consultations en face-à-face et celles délivrées au téléphone ?

La littérature internationale commence à nous donner des indications précises.

Les 18 généralistes écossais de huit cabinets médicaux ont accepté un enregistrement audio de leurs consultations en face-à-face et par téléphone. Au total, 67 enregistrements ont été réalisés (32 en face-à-face et 35 par téléphone)⁵⁴ représentant un échantillon contrôlé, représentatif et équivalent en termes de médecins et de contenu des demandes. L'analyse

⁵⁴ Hewitt H, Gafaranga J, McKinsty B (2010) Comparison of face-to-face and telephone consultations in primary care: qualitative analysis. Br J Gen Pract 60: e201-12.

a porté sur les différentes phases attendues d'une consultation, les temps passés sur chaque phase et les transitions entre phases (qui prend l'initiative du patient ou du médecin, comment est prise l'initiative). Les phases retenues étaient l'écoute initiale, le questionnement, le tri des demandes, les orientations thérapeutiques et la partie administrative si nécessaire.

Les résultats montrent que les médecins déroulent le même cadre d'analyse dans les deux situations. Mais les patients expriment des demandes plus ciblées au téléphone. Les consultations téléphoniques sur des sujets nouveaux se terminent le plus souvent par une demande de consultation en face-à-face. En face-à-face, il y a davantage de périodes de silence, ce qui permet aux médecins d'introduire des questions sur de nouveaux sujets, médicaux ou plus personnels. Au téléphone, les médecins sont moins enclins à poser ces questions et préfèrent aller plus vite à l'essentiel en posant moins de questions. Les patients allègent la pathologie présentée et ils sollicitent plutôt un traitement.

En résumé, le modèle général de conduite de la consultation est assez identique, mais il y a beaucoup moins de contenu au téléphone avec une influence plus grande du patient, ce qui peut représenter un certain risque.

Un autre travail dans le prolongement du précédent, a été publié en 2010⁵⁵ et a porté sur l'analyse de 106 consultations au téléphone. Celles-ci sont plus courtes (4,6 minutes *versus* 9,7 minutes), portent sur moins de problèmes (1,2 problème *versus* 1,8) et impliquent moins d'informations à colliger. Ces différences persistent même après avoir neutralisé le facteur temps, la durée de consultation étant différente dans les deux cas. Les consultations au téléphone sont de ce fait un peu plus risquées ; en revanche, la satisfaction du patient est équivalente à celle d'une consultation directe.

Enfin, une troisième étude a porté sur des résultats de focus groupes⁵⁶. Les entretiens ont porté sur la différence entre consultation au téléphone et consultation en face-à-face. Des professionnels (91 médecins généralistes, infirmiers et administratifs travaillant en zones rurales et urbaines en Écosse) ont été impliqués. Quelles sont les appréciations des professionnels ? En ville, le téléphone est surtout utilisé pour demander des rendez-vous, alors qu'en milieu rural, il est surtout utilisé pour obtenir des conseils et conserver un lien médical. Le média est porteur de beaucoup de risques par rapport au contact direct, mais il reste une solution efficace quand il

55 McKinsty B, Hammersley V, Burton C, et al. (2010) The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Qual Saf Health Care* 19: 298-303.

56 McKinsty B, Watson P, Pinnock H, et al. (2009) Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. *Br J Gen Pract* 59: e209-18.

est bien utilisé. Il est particulièrement approprié pour prendre les rendez-vous, un peu moins pour suivre médicalement des patients connus avec des diagnostics établis et pas du tout pour effectuer du diagnostic primaire.



Les consultations téléphoniques ressemblent à des consultations en face-à-face, mais elles exposent au risque d'être plus brèves, plus superficielles et plus influencées par le patient.

Elles doivent être réduites au minimum, interrompues quand le téléphone s'avère un média trop pauvre pour l'objectif visé et suivies d'une consultation en face-à-face au moindre doute.

Le téléphone dans la permanence des soins

Le téléphone est un média très utilisé pour contacter les médecins dans l'urgence. De ce fait, son utilisation dans la permanence des soins a été particulièrement étudiée.

Une intéressante étude américaine s'est, par exemple, focalisée sur les appels hors horaires de travail des cabinets de généralistes, en faisant juger par des pairs les messages d'appels laissés sur les boîtes vocales par les patients⁵⁷. Deux tiers des généralistes utilisent un répondeur qu'ils mettent en route quand ils s'absentent du cabinet. 93 % des messages d'accueil demandent au patient d'estimer son degré d'urgence et lui proposent des solutions assez simples en fonction de ce degré d'urgence (attendre le lendemain pour venir consulter, appeler l'équivalent du 15 ou un confrère de garde).

Le panel de généralistes qui ont écouté ces messages laissés par les patients sur les boîtes vocales a conclu que la moitié des messages laissés sur le répondeur (et qui n'ont visiblement pas abouti à un confrère ni à la régulation de l'équivalent du 15 local) sont suffisamment inquiétants et auraient justifié une visite le même jour hors heures ouvrables.



Les messages laissés sur les répondeurs sont une source de risque souvent mal maîtrisée par les médecins.

Il est souvent préférable de ne pas mettre de répondeur-enregistreur.

Les paramédicaux sont fréquemment sollicités au téléphone par les patients, que ce soit au cours de leurs activités dans leurs services, ou

⁵⁷ Hildebrandt DE, Westfall JM, Fernald DH, Pace WD (2006) Harm resulting from inappropriate telephone triage in primary care. *J Am Board Fam Med* 19: 437-42.

alors qu'ils sont dans un rôle de triage des appels téléphoniques (le triage téléphonique des appels pendant les permanences de soins de médecine générale au Royaume-Uni ou en Hollande par exemple est intégralement réalisé par des infirmiers).

Quel risque à employer un soignant en place d'un médecin pour le triage téléphonique dans la PDS ?

Plusieurs études se sont intéressées à ces appels de patients des centres de triage téléphonique tenus par des infirmiers. Dans une de ces études⁵⁸, 330 appels traités complètement par les infirmiers, sans relais par un médecin (conseil, orientation) ont été réécoutés et jugés par un panel d'experts sur des dimensions de risques. Les experts ont été totalement d'accord et de façon convergente avec les décisions prises par les infirmiers. Pour 35 appels (14,6 % des cas), au moins un expert du panel a donné un avis divergent de celui de ses collègues et a estimé que la réponse médicale apportée aurait dû être plus musclée (envoi d'une ambulance équipée ou appel du médecin). Il n'y a jamais eu d'unanimité du groupe. Dans toutes les autres situations, la réponse du paramédical a été jugée adéquate. Assez logiquement, au vu de ces résultats qui mettent en évidence le peu de risques de cette régulation, la conclusion est favorable pour continuer à confier le triage téléphonique à des paramédicaux, une solution clairement sous-utilisée en France malgré la pénurie de personnel qualifié.

Les problèmes du futur, notamment le suivi de cohortes, télésurveillance et téléconsultation

• La télésurveillance

Plusieurs études ont déjà montré l'intérêt du rappel par téléphone des patients après chirurgie ambulatoire avec retour à domicile précoce, augmentant leur satisfaction tout en permettant un dépistage précoce (et un relevé) des complications (et prise en charge de la douleur). Beaucoup de pays commencent à aller plus loin et envisagent un suivi au téléphone de cohortes de patients à risques sur des périodes longues.

Une vaste étude a été conduite aux États-Unis où la question du suivi téléphonique médical est devenue une question récurrente⁵⁹. Une cohorte

58 Dale J, Williams S, Foster T, et al. (2004) Safety of telephone consultation for "non-serious" emergency ambulance service patients. *Qual Saf Health Care* 13: 363-73.

59 Wennberg DE, Marr A, Lang L, et al. (2010) A randomized trial of a telephone care-management strategy. *N Engl J Med* 363: 1245-55.

de 174 120 patients volontaires souffrant de pathologies variées à potentielle évolution sévère (diabète, maladies cardiaques...) a été répartie en deux groupes de suivi téléphonique équivalents en tous points. L'un des groupes avait un simple suivi téléphonique d'information, et l'autre un véritable coaching médical. Les deux indicateurs mesurés à un an sur l'effet de ce coaching ont été des indicateurs d'aggravation objective des pathologies (bilan sanguin, examens complémentaires) et le nombre d'hospitalisations. Le coaching a été réalisé par une équipe composée de façon minoritaire par des médecins, ceux-ci n'intervenant que pour des points réclamant une expertise particulière.

Le résultat principal est que le groupe coaché est significativement moins consommateur du système médical et que les patients de ce groupe sont en meilleure santé. Ainsi, la consommation pharmaceutique moyenne du groupe coaché est de 3,6 % inférieure au groupe non coaché, avec 10,1 % d'hospitalisations en moins, moins de complications et un profil médical global bien meilleur sur chaque pathologie.

- **La téléconsultation**

En France, un décret a officialisé la pratique de la téléconsultation, qui consiste à donner une consultation à distance, par email, par connexion Internet utilisant une webcam, ou par téléphone. La mise en place exige un certain nombre de prérequis. « *La mise en place des structures permettant la téléconsultation ou le téléconseil passe par un processus de contractualisation entre les agences régionales de santé et les professionnels de santé* », explique le Dr Jacques Lucas, vice-président du Conseil de l'Ordre des médecins en charge du dossier. Ces contrats devront répondre à des besoins locaux. En clair, pas de télé médecine si dans la proximité du patient il existe une offre de soins qui correspond aux besoins. Les téléconsultations pourront donner lieu à la délivrance d'ordonnances « *envoyées par mail ou par voie postale au patient ou à son pharmacien (nda : une pratique non officielle qui existe déjà)*. Elles seront remboursées à partir du moment où l'agence régionale de santé les aura autorisées. Toutes les données devront être cryptées pour garantir une parfaite confidentialité », prévient aussi le Dr Lucas⁶⁰.

Bien sûr, ces téléconsultations supposent que le médecin ait accès au dossier médical du patient, contenant ses antécédents, ses traitements...

60 Citation d'un article de Ouest-France : « En 2011, des consultations médicales par téléphone », consulté le 20 mars 2012 sur http://www.ouest-france.fr/actu/societe_detail_-En-2011-des-consultations-medicales-par-telephone-_3636-1584879_actu.Htm

Les tarifs ne sont pas encore fixés. Le remboursement varierait selon les zones géographiques (taux plein dans les zones où il y a peu de médecins, remboursement partiel dans les zones avec une forte densité de praticiens).

La consultation à distance permettra-t-elle l'anonymat ? Probablement non. Le dispositif implique en effet l'identification du patient (accès à ses données médicales, conservation des traces du diagnostic et de la prescription...) et du médecin. Ce qui ne veut pas dire que l'on pourra choisir son « télémedecin »⁶¹.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Les risques juridiques dans l'usage des nouveaux médias dans les activités médicales

Pour un médecin, la gestion des appels téléphoniques constitue un élément indispensable à la continuité des soins. Le téléphone est un passage obligé pour sa clientèle, qui a souvent besoin d'être conseillée et rassurée. Une réponse téléphonique peut éviter un déplacement soit au médecin, soit au malade, et le médecin peut être aussi tenu au courant de l'évolution de l'affection d'un malade qu'il soigne. Toutefois, cette pratique n'est pas dénuée de risques. Un diagnostic ne peut se faire sérieusement sans examen clinique, et répondre à une demande de certificat sans avoir vu et examiné son patient peut être répréhensible.

Un médecin doit aussi apprécier au téléphone le degré d'urgence du cas qui lui est décrit et gérer lui-même la mise en œuvre des secours, s'il s'agit d'un appel urgent, en intervenant personnellement ou en appelant une structure ou un confrère plus à même d'apporter les soins urgents nécessaires.

Une mauvaise prise d'appels peut déboucher sur des poursuites pour non-assistance à personne en danger

Les informations fournies par téléphone peuvent être incomplètes, le malade ou la famille peuvent mal interpréter certains symptômes, ce qui soulève le problème de l'information et donc de la bonne compréhension d'une information donnée par téléphone, condition indispensable de l'exécution correcte d'une prescription. Le procédé de la consultation par téléphone est donc une méthode qui doit être utilisée avec beaucoup de prudence et de discernement, surtout si elle s'accompagne d'une prescription qui engage la responsabilité du médecin, même si elle est gratuite. Elle ne devrait se concevoir qu'après avoir apprécié les risques liés à la qualité de l'interlocuteur, son aptitude à évaluer sa situation médicale, à en

61 <http://www.prevention-medicale.org/actualite-qualite-et-securite-des-soins/actualite-medecine/archivage-des-examens-complementaires-medecine.html>

faire part au médecin, sa capacité à comprendre les propos du médecin, notamment en cas de modification d'un traitement. . . doivent inciter à la prudence. Une prescription engageant la responsabilité du médecin ne devrait se réaliser qu'après un examen du patient.

Le savez-vous ? La secrétaire du médecin (ou le conjoint) qui répond au téléphone peut aussi être concernée par la responsabilité pénale, qui est strictement personnelle.

Le médecin doit ainsi former son personnel et donner des consignes strictes. Au regard du secret professionnel, le médecin doit limiter le nombre des personnes susceptibles de recevoir les appels et veiller, pour sa part, à ne donner que le minimum d'informations au téléphone, ne pouvant vérifier l'identité de son interlocuteur.

De graves erreurs de diagnostic au téléphone peuvent conduire à des mises en cause et à des risques de condamnation civile, pénale ou ordinaire.

Lorsqu'il est de garde, un médecin se doit de prendre toute disposition pour pouvoir être joint au plus vite. S'il est absent et non remplacé, ou s'il ne souhaite pas être dérangé au téléphone, il devra brancher son répondeur téléphonique afin de donner à ses patients qui l'appellent des renseignements simples sur ce qu'ils peuvent faire en son absence : nom du confrère de garde ou du service d'urgence, heures d'ouverture du cabinet, durée de son absence. Il faut éviter le répondeur-enregistreur, dans la mesure où le médecin n'a pas la certitude de pouvoir répondre sans délai à l'appel enregistré.

Il n'est pas conseillé d'être joignable si le médecin n'est pas en mesure de répondre à un appel. Le patient n'est pas censé savoir que le médecin n'est pas en mesure de se déplacer. Même si le praticien a le bon réflexe d'adresser le patient à l'un de ses confrères de garde, il aura tout intérêt à vérifier que ce patient a suivi ses conseils en prévenant son confrère et en s'assurant qu'il a bien pris en charge son malade.



Dans sa salle d'attente, le médecin doit afficher, de manière visible et lisible, les conditions dans lesquelles est assurée la permanence des soins :

numéro de téléphone du médecin et heures auxquelles il peut être joint, numéro de téléphone des structures de permanence de soins et d'urgence vers lesquelles le médecin choisit d'orienter les patients en son absence.

La mention « en cas de doute, ou dans les cas les plus graves, appelez le numéro téléphonique 15 » devra être précisée et la mention « en cas d'urgence », suivie du numéro d'appel, doit figurer sur les ordonnances que le médecin remet à son malade !

3. Comment progresser ? Les formations

Dans une étude déjà ancienne, datant de 1999, portant sur les internes de médecine générale aux États-Unis⁶², les auteurs mettaient en évidence l'absence chronique de formation à la communication professionnelle de nos professionnels de santé.

L'étude portait sur un panel cible stratifié selon l'année de résidanat et le sexe de 26 internes choisis parmi une population de 85 internes dans un centre hospitalier et universitaire de 600 lits. Elle procédait par entretiens semi-structurés en face-à-face où il était demandé de rapporter des incidents ; 70 incidents ont été rapportés et analysés, la plupart liés à des défauts de communication et de gestion des patients. Les résidents se disaient au centre d'un réseau complexe de relations et considéraient jouer un rôle pivot dans la communication vis-à-vis des autres membres du personnel médical, des patients et des fournisseurs de soins de santé au sein de l'hôpital et de la communauté. Ils se disaient aussi démunis de formation sur ce sujet. L'étude concluait sur l'absence de formation dédiée, la très grande disparité des comportements, et l'absence de savoir-faire spontané et inné des médecins en la matière.

Une mauvaise communication n'est pas simplement le résultat d'une mauvaise transmission ou échange d'informations. Les défaillances de communication sont beaucoup plus complexes et se rapportent aux différences hiérarchiques, aux préoccupations d'influence, à l'ambiguïté des rôles et aux jeux de pouvoirs interpersonnels. Une meilleure compréhension de ces dynamiques ouvre les possibilités d'interventions appropriées en matière d'éducation médicale et dans les organismes de soins de santé visant à améliorer la sécurité des patients. Des auteurs⁶³ ont proposé un outil de communication permettant à tous les membres d'une équipe d'utiliser le même langage. Cet outil est intitulé SBAR pour Situation (S), Background (B), Assessment ou évaluation (E) et Recommandation (R). Ainsi, l'infirmière explique brièvement ce qui se passe avec le patient (S), dit quel est le contexte actuel (B), donne son interprétation personnelle de la situation (A) et émet une recommandation (R) sur ce qu'elle suggère faire ou sur l'aide qu'elle souhaite obtenir. Un tel compte-rendu standardisé est utilisé en routine dans l'aviation. L'importance des communications

62 Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM (2004) Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 79: 186-94

63 Leonard M, Graham S, Bonacum D. (2004) The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. Oct;13 Suppl 1:i85-90.

par le téléphone croît avec la rotation rapide des patients et la multiplicité des intervenants. Les transmissions téléphoniques jouent aussi un rôle clé dans la sécurité.

Bref, la formation aux nouveaux médias est indispensable pour les professionnels de santé si l'on veut sécuriser les actes médicaux. Elle s'impose avec quatre points incontournables :

- l'acquisition de compétences non techniques spécifiques à la consultation téléphonique : écoute active, prises de notes, technique de répétition en utilisant les paraphrases pour vérifier la bonne compréhension, capacité à percevoir un contexte non verbal à travers les éléments phatiques de la conversation (le terme phatique fait référence à tout ce qui fait passer dans le message de l'extraverbal indiquant son engagement émotionnel et son écoute de l'autre : blancs, soupirs, changement dans l'intonation...);
- l'acquisition de compétences téléphoniques dans le triage et l'évaluation de l'urgence, dans le suivi de cohortes au téléphone, et aussi dans l'éthique (par exemple, les enregistrements doivent se faire après en avoir informé le patient);
- l'évaluation de la pertinence du canal pour l'objet médical à traiter, et éventuellement la capacité à écourter la conversation pour demander un examen physique direct;
- l'importance de règles de sécurité : vérifier l'identité du patient, apprendre à le rappeler en sécurisant la procédure, éviter de donner des informations trop sensibles qui pourraient être enregistrées, ou même seulement écoutées par des personnes sur la ligne (non signalées à vous). L'idée d'un mot de passe sécurisé pourrait même être retenue.

Le *Royal College* des généralistes anglais propose une formation sur un jour qui utilise des cas joués par les participants pour développer un savoir-faire efficace. La seconde partie du cours vise plus particulièrement à communiquer en termes compréhensibles avec le patient, surtout à propos de sa situation médicale (bonnes et mauvaises nouvelles)⁶⁴.



Moins de 20 % des professionnels et des patients savent se servir des nouveaux médias en minimisant correctement leurs risques. La formation à ces nouveaux médias n'est donc pas un choix, elle s'impose à tous et devrait commencer dès l'internat en médecine générale. Un sujet pour votre DPC ?

64 Royal College of General Practitioners (2012) Enhance your telephone consultations & communicating about risk with patients consultation skill day, <http://www.rcgp.org.uk/pdf/events/flyer/Flyer%20Telephone%20Skills%202012.pdf>

3

Risques liés à la gestion des urgences

Quizz

Avez-vous prévu une procédure d'arrêt immédiat de votre consultation en cas d'un appel urgent provenant de l'un de vos patients ? **Oui** ☒ **Non** ☒

1. Qu'est-ce qu'une urgence médicale ?

La question peut paraître naïve. En fait ce terme recouvre plusieurs réalités, depuis l'urgence vitale, qui constitue une mise en danger dans un délai court, à l'urgence ressentie comme telle, par exemple celle des parents inquiets de la présence de fièvre chez leur enfant. Le problème vient du manque de définition consensuelle et de l'interprétation que soignants et soignés font de ce terme.

Pour y voir plus clair, il importe de distinguer les différents tableaux qui constituent les « urgences » pour un médecin généraliste. À partir d'une enquête réalisée par la DREES⁶⁵, Marie Gouyon distingue sept grands types de recours urgents à la médecine générale⁶⁶ :

- les recours des enfants et des adolescents pour épisode infectieux aigu (43 % des recours urgents auprès des généralistes) ;
- un épisode aigu non infectieux touchant des patients plus âgés (24 %) ;
- les recours relatifs à des maladies chroniques stables (6 %) ;
- les manifestations allergiques et les lésions dermatologiques nécessitant des soins (4 %) ;

65 <http://www.sante.gouv.fr/enquete-sur-les-recours-urgents-ou-non-programmes-a-la-medecine-generale-de-ville.html>

66 Gouyon M (2006) Une typologie des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville. In: Les professions de santé et leurs pratiques. Dossiers solidarité santé, DREES, n° 1

- les problèmes traumatiques (10 %) ;
- les troubles psychiques des adultes (8 %) ;
- les urgences somatiques critiques (5 %).

La « vraie » urgence, au sens de l'urgence vitale, se recrute dans cette dernière catégorie, dans laquelle près de 60 % des patients risquent de voir évoluer rapidement leur état et 25 % ont un pronostic vital menacé.



Les urgences couvrent des entités très différentes. Les risques pour le médecin existent partout, mais ne sont pas les mêmes !

Si on s'intéresse aux urgences qui se présentent dans les hôpitaux, seuls 20 % des patients sont hospitalisés⁶⁷, ce qui donne une idée approximative du degré d'urgence. La Cour des comptes⁶⁸ concluait en 2003 dans ses recommandations : « *Toutefois ce dispositif, trop centré sur l'hôpital, n'assure pas seulement la prise en charge des urgences vitales, mais répond de plus en plus à une demande de soins non programmés qui pourraient être assurés par d'autres services hospitaliers ou par la médecine de ville* ».

Dès lors, on comprend que le risque en matière de sécurité n'est pas le même selon qu'il s'agit d'une urgence vitale ou d'une urgence ressentie. En cas d'urgence vitale, il peut être reproché au médecin une éventuelle perte de chance pour son patient en raison d'une insuffisance de compétences ou d'un matériel inadapté. En cas d'urgence ressentie, le médecin aura surtout à gérer l'aspect relationnel de sa réponse. Si celle-ci ne correspond pas aux attentes du patient, le risque de plainte existe.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Quel encadrement juridique, quels devoirs du médecin dans l'urgence⁶⁹ ?

Le Code de déontologie article R. 4127-9 du CSP énonce que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

Le Code pénal sanctionne le délit de non-assistance à personne en péril. L'article 223-6 al. 2 du Code pénal prévoit : « Sera puni des mêmes peines (cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour des tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

67 DREES (2006) L'activité des services d'urgence en 2004. Études et résultats: 524.

68 <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/12UrgencesMedicales.pdf>

69 Marx JS, Barrier G (2004) Responsabilité médico-légale en médecine d'urgence. In: Urgences médico-chirurgicales de l'adulte, sous la dir. de Carli P, Riou B, Télion C, Paris, Arnette.

Sur l'omission de porter secours : pour que l'infraction soit constituée il faut que soient réunis les éléments suivants :

- un péril imminent et constant nécessitant une intervention immédiate ;
- une conscience du péril. Toutefois, pour l'application de ce principe, il a été jugé qu'un médecin qui n'a pas répondu aux sollicitations téléphoniques pressantes émanant de deux reprises du tenancier d'un débit de boissons l'informant qu'un client avait perdu connaissance et ne parvenait pas à se réveiller, s'est rendu coupable de non-assistance à personne en danger, ceci bien qu'il n'ait pas été informé du heurt de la tête du client sur le carrelage de la salle de bar, car l'appel adressé à un médecin équivaut à une présomption de péril imposant au praticien, seul capable en raison de ses compétences professionnelles, d'apprécier l'éventuel danger encouru et de s'informer sur l'état de la personne avant de faire le choix de s'abstenir de se déplacer ;
- une abstention volontaire : un médecin qui avait prescrit en consultation des antibiotiques pour diagnostic de rhinopharyngite à un patient atteint du VIH et qui, appelé le lendemain par ce patient en raison d'une fièvre élevée et de difficultés respiratoires, ne s'est pas déplacé, lui conseillant d'attendre que les médicaments prescrits la veille fassent effet et d'aller faire une radiographie pulmonaire, a été condamné par le tribunal correctionnel à 6 mois d'emprisonnement avec sursis pour s'être déchargé de la responsabilité qui lui incombait dès lors qu'il avait été consulté la veille et appelé à plusieurs reprises le jour même. Le patient est décédé d'une détresse respiratoire.

Sur le fait de provoquer un secours plutôt que d'intervenir personnellement : la jurisprudence prévoit que l'action personnelle doit être la règle et la faculté de provoquer un secours, l'exception. Cette option ne peut se concevoir que lorsqu'il y a péril ou risque grave pour la personne appelée à porter secours. En outre, il incombe au praticien, s'il provoque un secours, de s'assurer de la réalité de la prise en charge du malade.

Un médecin généraliste de garde a été condamné au chef de non-assistance à personne en péril à 1 mois de prison avec sursis et 1 500 euros d'amende pour avoir conseillé au téléphone à l'épouse d'une personne atteinte d'une pathologie rénale et pulmonaire avec insuffisance respiratoire et cardiaque de faire hospitaliser son mari et, pour ce faire, de contacter le service des urgences afin d'obtenir une ambulance. L'ambulance n'est arrivée que 2 heures plus tard et le patient est décédé dans l'ambulance en dépit de la réanimation pratiquée par le personnel hospitalier.

Un litige portant sur la gestion des appels urgents peut également donner lieu à des réclamations devant la juridiction civile, si le patient ou sa famille ne recherche pas une sanction du praticien mais exclusivement une réparation financière.

Un médecin libéral ne peut invoquer la surcharge de son cabinet pour refuser les cas d'urgence. À ce propos, un arrêt de la 1^{re} Chambre civile de la Cour de cassation en date du 6 octobre 2011 (pourvoi n° 10-21212) retient l'attention. La Cour de cassation a estimé qu'un médecin libéral

ne peut invoquer la surcharge de son cabinet pour refuser les cas d'urgence. Le praticien ophtalmologue suivait un patient diabétique de longue date. Ce dernier présentant des troubles visuels en avisa à deux reprises son praticien qui refusa d'avancer le rendez-vous fixé 6 mois plus tard « sans prendre la peine de diriger son patient vers un autre confrère, quand la surcharge des cabinets ne constituait pas une excuse, le médecin devant réserver les cas d'urgence » a souligné la Cour de cassation.

2. Les points de rupture pour la sécurité du patient

Trois aspects de l'intervention en urgence peuvent constituer des points de rupture dans la sécurité des soins :

- la gestion de l'appel urgent, pendant ou en dehors des heures d'ouverture du cabinet ;
- la constitution de la trousse d'urgence ;
- la permanence des soins.

• La gestion de l'appel urgent

Que se passe-t-il lors d'un appel téléphonique réclamant une intervention d'urgence alors que le médecin est en consultation ?

Dans un travail de la Société française de médecine générale⁷⁰, on note que « dans 37,7 % des séances demandées en urgence, le médecin interrompt toute activité en cours pour réaliser une séance en urgence. Ce pourcentage atteint 48,5 % lorsque le patient est nouveau. Ces séances aboutissent à des décisions d'hospitalisation dans 5,5 % des cas, soit 6 fois la fréquence d'hospitalisation observée (0,9 %) sur la totalité des séances. Dans 32,3 % des cas la réponse à une demande en urgence sera une séance qui va désorganiser la consultation du médecin ».

Pour le médecin généraliste, la difficulté réside dans le choix qu'il doit faire entre son appréciation du degré d'urgence et la désorganisation de sa consultation. Quand il répond lui-même au téléphone, son expérience et la connaissance qu'il a éventuellement de l'état clinique réel de son patient lui permettent une bonne appréciation de la réalité de l'urgence et une action en toute connaissance. Mais qu'en est-il quand il s'agit d'un nouveau patient qui exprime au téléphone son angoisse et qui a parfois tendance à majorer ses symptômes pour peser sur le choix du médecin de

70 Gallais JL, et al. (1994) *Actes et fonctions du médecin généraliste, dans leurs dimensions médicales et sociales*. Doc Rech Med Gen-SFMG: 1-107.

se déplacer ou non ? Qu'en est-il également quand ce n'est pas le médecin qui prend l'appel mais une secrétaire du cabinet ou un secrétariat téléphonique extérieur au cabinet ?



Savoir arrêter sa consultation pour répondre à une urgence représente en soi une gestion de risques qu'il faut maîtriser.

Dans l'ouvrage du Collège national de la médecine générale⁷¹, le problème de la régulation de l'appel urgent est clairement posé sans que des solutions préservant la sécurité du patient et celle du médecin soient identifiées. Le Conseil de l'Ordre des médecins⁷² recommande pour sa part au médecin de prendre des notes au décours des appels *« pour les classer dans le dossier d'un malade connu, pour les transmettre au médecin traitant habituel s'il est intervenu au cours d'une garde, ou simplement pour garder la trace d'un échange engageant sa responsabilité et dont il pourrait par la suite avoir à se justifier »*.

Il existe par ailleurs un document publié par la Haute Autorité de santé (HAS) qui concerne la régulation médicale au téléphone⁷³ mais qui édicte un certain nombre de recommandations pouvant être utiles dans cette situation.

La régulation médicale des appels permet de garantir à la population une écoute permanente afin de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels et de permettre si besoin l'accès immédiat aux soins.

Dans ce contexte, en cas de prescription par téléphone, certaines spécificités de la régulation médicale doivent être prises en compte :

- le médecin ne connaît pas le patient ;
- l'appelant peut ne pas être le patient ;
- le médecin prescripteur ne peut pas procéder à un examen physique ;
- la prescription par téléphone peut être envisagée en cas de classification de degré d'urgence R3 ou R4.

Après l'examen de la situation et l'analyse de l'état du patient avec les informations dont il dispose par téléphone, le médecin régulateur identifie le niveau de gravité de l'urgence. En fonction de ce niveau de gravité, il prend la décision de déclencher ou pas une intervention médicale par les moyens appropriés.

S'il décide de ne pas déclencher de moyen, le médecin régulateur apprécie alors la nécessité ou non d'une prescription médicamenteuse par téléphone. En cas de doute, celui-ci doit bénéficier au patient.

71 Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, et al. (2009) *Médecine générale*, 2^e édition, Paris, Masson.

72 <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/teleph.pdf?download=1>

73 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/teleprescription_synthese_des_recommandations.pdf

Si le médecin décide de ne pas déclencher une procédure d'urgence et qu'une prescription par téléphone peut résoudre le problème du patient, il doit néanmoins prendre quelques précautions indiquées dans le tableau suivant :

Les situations pour lesquelles une prescription médicamenteuse téléphonique lors de la régulation médicale pourrait être proposée sont les suivantes :

- demande de soins non programmés nécessitant un conseil médical ou thérapeutique pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse (médicament présent ou absent de la pharmacie familiale), après avoir éliminé une urgence vitale ou une urgence vraie nécessitant un examen médical immédiat ;
- situations nécessitant en urgence l'adaptation d'une prescription préalable (par exemple adaptation des posologies en fonction des résultats biologiques, de l'état clinique du patient, etc.) alors que le patient et/ou le médecin régulateur n'ont pu joindre le médecin prescripteur. Elles nécessitent les conditions suivantes :
 - le médecin régulateur s'est identifié auprès du patient ;
 - le patient accepte une prescription médicamenteuse par téléphone et a bien compris les détails de l'ordonnance ou de la prescription ;
 - le patient est informé qu'en cas de résistance des symptômes, de leur aggravation ou d'apparition de nouveaux symptômes, la situation doit être réévaluée par un rappel au médecin régulateur ou lors d'une consultation médicale ;
 - la nécessité d'un retour auprès du médecin traitant, dans les plus brefs délais ;
 - une prescription pour une durée limitée et non renouvelable. La limite de temps doit être fonction de l'analyse par le médecin régulateur de la situation clinique du patient et de son environnement. Cette durée doit être la plus courte possible et en aucun cas elle ne doit dépasser 72 heures.

Ainsi, dès lors que le médecin régulateur a un doute sur le niveau de gravité de l'état du patient ou sur ses capacités de compréhension ou d'adhésion à la prescription, il est recommandé de ne pas faire de prescription par téléphone.

HAS – Télé prescription – synthèse des recommandations. 2009

Au total, retenons que l'appel urgent au cabinet revêt une acuité particulière dès lors qu'il se produit pendant la consultation, mais sa gestion par le médecin doit être la même pendant ou en dehors des consultations. Elle constitue toujours un défi majeur pour le médecin qui doit décider :

- s'il doit appeler le 15 car l'urgence est vitale ;
- s'il doit partir séance tenante voir le patient en laissant éventuellement les autres patients ;
- s'il doit temporeriser et donner simplement des conseils.

- **La trousse d'urgence**

Pour introduire ce paragraphe, évoquons trois histoires cliniques.

Vendredi 18 heures. Le Dr J. pratique une injection de rappel de vaccination chez l'enfant Oscar L., 6 ans. Quelques instants seulement après la fin de l'injection, pendant que le médecin remplit le carnet de santé, la mère se rend compte qu'Oscar présente un gonflement des lèvres et le signale au médecin. Très rapidement, le Dr J. examine l'enfant, confirme l'impression de la mère et porte le diagnostic d'allergie aiguë. Tout en réfléchissant aux évolutions possibles de cette allergie (ira-t-elle jusqu'à toucher les muqueuses de la gorge et provoquer un œdème de Quincke ?), il passe mentalement en revue les médicaments qui composent sa trousse d'urgence. A-t-il de l'adrénaline ? Quelle est sa date de péremption ? À partir de quand faut-il l'utiliser ? Quelle est la posologie pour cet enfant de 6 ans ? Quels sont les risques d'une utilisation non justifiée ?...

Un patient habituel du cabinet arrive sans rendez-vous, en proie à une violente douleur abdominale située dans la région lombaire gauche et irradiant vers les organes génitaux. Il est agité, angoissé et réclame un soulagement immédiat de cette douleur. Le Dr D. vérifie l'absence de fièvre et porte le diagnostic de colique néphrétique. Elle va chercher dans sa trousse d'urgence deux comprimés d'une association paracétamol/codéine qu'elle donne au patient avec un verre rempli à moitié d'eau, tout en lui conseillant d'absorber le minimum de liquide. Parallèlement, elle prend une ampoule de diclofénac qu'elle s'apprête à injecter en intramusculaire. Quand elle vérifie la date de péremption, elle se rend compte que le produit est périmé depuis plusieurs mois. Le patient vomit le médicament qu'il a absorbé et réclame d'une manière encore plus insistante un soulagement de la part du médecin.

L'interphone de la porte d'entrée du cabinet sonne de manière ininterrompue. Le docteur demande où est le problème. Son interlocuteur, visiblement paniqué, lui apprend qu'une personne vient de s'écrouler devant la porte et réclame l'arrivée immédiate du médecin. La salle d'attente est pleine, la consultation est loin d'être terminée et surtout, le médecin se demande si sa trousse d'urgence est bien faite et s'il va être à la hauteur en attendant l'arrivée du Samu.

Ces trois histoires sont réelles. Quelle en a été la suite ? L'état clinique d'Oscar s'est rapidement amélioré, le gonflement restant localisé. Le Dr J. a prescrit un anti-histaminique et a donné à la mère des conseils de surveillance pour la nuit. Le patient présentant la colique néphrétique n'a pas été soulagé par le Dafalgan® Codéine et le médecin s'est résolu à appeler le Samu tout en assistant, impuissant, à l'agitation douloureuse de son patient.

Dans la troisième histoire, il n'a pas été nécessaire pour le médecin d'avoir une quelconque action, le patient était décédé à son arrivée.



La trousse d'urgence doit être adaptée aux savoirs du médecin, à ses besoins, et révisée régulièrement. Des fiches mémo d'emploi sont souvent bien utiles !

Indépendamment des compétences propres des médecins à prendre en charge une urgence médicale, ces trois histoires mettent en avant deux points importants.

La trousse d'urgence constitue un élément central face à l'imprévu. Cette trousse doit être dynamique, revue et réapprovisionnée régulièrement. Elle doit être conçue en fonction des conditions d'exercice du médecin. La trousse ne sera pas du tout la même pour un praticien exerçant en centre-ville avec la possibilité d'un recours facile au Samu que pour un praticien exerçant dans des zones rurales dans lesquelles l'accès aux secours est plus long. Constituer sa trousse d'urgence est un moment privilégié au cours duquel le médecin va identifier les situations potentiellement à risques qu'il peut être amené à rencontrer au cours de son exercice. De multiples exemples⁷⁴ de trousses « prêtes à l'emploi » existent et peuvent constituer une base de réflexion utile, mais c'est véritablement une trousse spécifique, adaptée à la pratique du médecin, qui doit être constituée.

Chaque médecin devrait rédiger une série de fiches pratiques adaptées aux principaux risques afin de savoir quoi et comment faire si une urgence survient. Les vraies urgences sont rares et prennent souvent le médecin au dépourvu. Beaucoup de connaissances sont anciennes, et l'état émotionnel particulier qui accompagne l'urgence peut faire perdre tous ses moyens au médecin. Disposer sous la main de protocoles précis indiquant les drogues à utiliser, les posologies, les précautions à prendre... sont indispensables.

• La permanence des soins

La permanence des soins⁷⁵ (PDS) constitue une mission de service public. Elle permet d'assurer la prise en charge par les médecins libéraux de ce que l'on appelle les demandes de soins non programmés, c'est-à-dire les urgences.

C'est le préfet de région qui assure la coprésidence avec les directeurs des agences régionales de santé (ARS) du « comité départemental de

74 Polikipis M, Claessens B, Mols P (2007) La trousse d'urgence du généraliste doit rester simple mais efficace: mode d'emploi. Rev Med Brux 28: 232-40.

75 <http://www.sante.gouv.fr/permanence-des-soins.html>

l'aide médicale d'urgence, de la permanence des soins et des transports sanitaires » (CODAMUPS). La permanence des soins est sectorisée, et à chaque secteur correspond un médecin de garde ou une structure privée de permanence des soins.

Quand un appel parvient au Samu, le régulateur décide soit l'envoi d'une ambulance ou d'un Smur, soit la redirection de l'appel vers la permanence des soins.

En attendant que le dispositif qui confie la permanence des soins aux ARS s'installe, le mode de financement, défini dans la convention médicale de 2005 et reconduit dans la nouvelle convention médicale s'applique.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a réalisé une enquête⁷⁶ dont les résultats viennent d'être publiés, et dans laquelle sont énoncées les doléances et les plaintes reçues par les conseils départementaux à propos de la PDS.

En 2011, un tiers seulement (contre la moitié en 2010) avaient reçu des doléances et plus rarement des plaintes émanant de patients (refus du régulateur de déclencher l'intervention du médecin ou délai d'intervention de celui-ci) ou de médecins (absence ou difficulté à joindre le médecin effecteur, refus de déplacement ou mauvaise collaboration avec le centre de régulation).

Le rapport du conseil médical du Sou Médical, publié en novembre 2011, évoque uniquement 10 déclarations de sinistres en 2010 pour la régulation médicale. Sur le plan disciplinaire, les chambres disciplinaires sont très rarement saisies et jugent souvent la plainte du patient irrecevable. En effet, la permanence des soins est une mission de service public et les plaintes déposées contre les médecins chargés de missions de service public obéissent à des règles particulières (article L. 4124-2 du CSP).

Du côté des questions systémiques, le serpent de mer du dossier médical partagé reste un obstacle à une médecine sécurisée. Les données du patient sont la plupart du temps inaccessibles, alors qu'elles seraient précieuses dans le cadre d'un appel urgent.

Du côté des questions plus ponctuelles, un point récurrent de la PDS en milieu rural est la difficulté à trouver des médecins pour signer les certificats de décès le week-end⁷⁷. Enfin, l'évolution de la responsabilité médicale dans le cadre de la permanence des soins est un point qu'il faudra suivre dans les prochaines années.

76 http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/ENQUETE_PDS_2012.pdf

77 Collet M, Gouyon M (2008) Recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville: satisfaction des patients et suites éventuelles. Études et résultats, DREES, n° 625

4

Risques associés aux visites à domicile

Même s'il n'en est pas toujours conscient, le médecin généraliste (l'infirmière, le kinésithérapeute...) jouit d'un privilège important quand il intervient au domicile. Peu de professionnels en effet sont admis dans l'intimité des gens et peuvent connaître le cadre de vie dans lequel leur patient se trouve. Cette connaissance est très importante car elle fournit des indications qui vont aider à la prise en charge du patient.

Toute médaille a son revers et la visite à domicile (VAD) ne fait pas exception. Des risques existent.

Ce chapitre considère deux types de risques en rapport avec la VAD : des risques pour le patient, liés à une insuffisance de connaissances de son état de santé, et des risques pour le médecin, liés au fait même de se déplacer hors du cabinet médical.

Quizz

Recopiez-vous le compte rendu de votre examen et de vos prescriptions dans le dossier médical du patient que vous avez vu à domicile ? Oui ☒ Non ☒

1. Les risques pour le patient

En 2001, 65 millions de VAD ont été remboursées par l'Assurance-maladie⁷⁸. Leur nombre est en décroissance (le nombre de visites sur l'ensemble des visites et consultations est ainsi passé de 23,5 % en 2000 à 14 % en 2005⁷⁹), mais reste élevé par rapport aux autres pays européens. Or, une consultation médicale au domicile du patient ne peut pas être réalisée

78 Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins.

79 Avenant n° 14 à la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance-maladie signée le 12 janvier 2005.

avec la même qualité technique et les mêmes conditions de sécurité qu'au cabinet du médecin généraliste. Les risques concernant le patient sont en fait situés à plusieurs niveaux.

Il existe tout d'abord des risques en rapport avec l'état physique du patient.

Si l'on s'en tient à l'application stricte de l'article L. 162-3 du Code de la sécurité sociale, qui stipule que « les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état », la prise en charge à domicile concerne des patients dont la pathologie est lourde, dont l'autonomie est faible ou dont l'état nécessite une hospitalisation. Autant dire que les risques rencontrés par le médecin qui effectue une VAD sont spécifiques et plus importants que ceux rencontrés au cabinet. En outre, les particularités de l'habitat (mauvaises conditions d'éclairage par exemple) rendent l'examen clinique plus difficile.

Mais le risque le plus important semble être constitué par la faible qualité des informations médicales dont dispose le médecin au domicile de son patient.

Quelques auteurs se sont attachés à identifier ces risques. Ainsi, Smith et ses collègues⁸⁰ ont évalué la quantité d'informations cliniques dont dispose le généraliste lors de la VAD. Ils ont mené une enquête auprès de 253 médecins généralistes qui ont réalisé 1 614 VAD entre mai et décembre 2003 dans le Colorado (États-Unis). Ils ont constaté qu'il existe une perte d'informations dans 13,6 % des cas. Cette perte d'informations concerne les résultats de laboratoire (6,1 %), les courriers (5,4 %), les résultats de radiologie (3,8 %), les données d'examen (3,7 %) et des informations concernant des médicaments pris par le patient (3,2 %). Dans 44 % des cas, cette information manquante risquait d'affecter la sécurité du patient et dans 59,5 % elle pouvait entraîner un retard de soins.

La VAD constitue ainsi le lieu où se concentrent tous les dangers d'une information insuffisante et d'une coordination des soins « périlleuse »⁸¹. La période de transition au cours de laquelle le patient sort de l'hôpital et rentre chez lui est en effet une période particulièrement critique en matière d'événements indésirables liés aux médicaments. Il existe fréquemment une ou plusieurs modifications du traitement auxquelles le patient n'est pas habitué et la communication entre les différents acteurs (du médecin

80 Smith PC, Arraya-Guerra R, Bublitz C, et al. (2005) Missing clinical information during primary care visits. *JAMA* 293: 565-571.

81 Bodenheimer T (2008) Coordinating care--a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 358: 1064-71.

hospitalier vers le médecin généraliste) n'est pas toujours adéquate. Dans l'étude de Forster⁸², 19 % des patients retournant à la maison après une hospitalisation ont été victimes d'un événement indésirable dans les 5 semaines qui ont suivi le retour. Un tiers de ces événements, en rapport avec une erreur médicale ou de gestion, aurait pu être évité, tandis qu'un autre tiers aurait eu des conséquences moindres s'il avait été anticipé et si des mesures spécifiques avaient été entreprises. Les questions qui ont été posées aux 400 patients inclus de l'étude sont intéressantes car elles indiquent bien où se situe le problème. Plus de 80 % des patients estiment avoir reçu une information correcte au sujet des prescriptions avant leur retour à domicile, mais deux tiers seulement ont été prévenus des éventuels effets secondaires.

Le risque de survenue d'un événement indésirable lié à la thérapeutique s'accroît avec le nombre de lignes d'ordonnance, et particulièrement lorsque plus de 11 molécules sont prescrites. Les médicaments les plus susceptibles d'entraîner des événements indésirables sont les corticoïdes, les anticoagulants, les antibiotiques, les médicaments antidouleur et les médicaments cardiovasculaires. Par ailleurs, il existe une relation mal expliquée entre le fait d'exposer aux patients quels sont les principaux effets secondaires des médicaments et un risque moins élevé de survenue d'événement indésirable. Ceci contredit l'affirmation souvent mise en avant par les praticiens que lorsqu'on dresse aux patients la liste de tous les effets indésirables possibles, on est certain de « déclencher » des effets indésirables.



Avoir toujours à l'esprit qu'une visite à domicile expose davantage à l'erreur qu'une consultation au cabinet !

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Les risques pour le médecin

Lors d'une VAD le médecin n'a pas directement accès aux données médicales du patient, et, s'il ne retranscrit pas les éléments de son examen lors du retour au cabinet, il risque de se retrouver démuné en cas de mise en cause par les allégations du patient pour lesquelles il ne peut fournir de preuve contraire.

82 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. (2005) Adverse drug events occurring following hospital discharge. J Gen Intern Med 20: 317-23.

C'est ainsi que, dans une affaire où plusieurs médecins généralistes se sont déplacés alternativement au chevet d'un patient pour la prise en charge d'une cruralgie fébrile, les médecins se sont trouvés dans l'impossibilité de démontrer, faute d'indication notée dans le dossier médical, qu'ils avaient proposé une hospitalisation, ce que le patient niait.

Les experts désignés par le tribunal n'ont pu que constater dans leur rapport que « l'appréciation de l'attitude des médecins est rendue difficile par l'absence de tout enregistrement de leurs observations cliniques lors de ces visites à domicile. Cela apparaît d'autant plus néfaste que les praticiens se sont succédés de façon alternative dans la prise en charge du patient (5 consultations au total), l'analyse des faits prend donc plus de valeur que les déclarations dont la sincérité et l'honnêteté ne peuvent être discutées, mais qui peuvent être biaisées par la sélectivité de la mémoire et par un souci naturel et légitime de justification ».



Plutôt que de ne rien consigner ou, comme cela se produit en pratique, d'utiliser un support laissé au domicile du patient (carnet de santé, cahier) il est fortement recommandé au praticien de consigner, dans le dossier du patient conservé au cabinet, les éléments importants et essentiels des visites à domicile. Il s'agit, certes, d'une contrainte supplémentaire, mais surtout d'une précaution nécessaire qui, de surcroît, permettra d'assurer un bon suivi du patient sans risque d'oubli.

2. Les risques pour le médecin

Peu de médecins ont conscience qu'ils prennent des risques non médicaux en se rendant au domicile du patient. Ces risques sont liés à la simple criminalité mais peuvent avoir des conséquences majeures pour le praticien. En France, le Conseil de l'Ordre des médecins a mis en place un Observatoire pour la sécurité des médecins⁸³ qui a pour objectifs de répondre aux questions des médecins qui « souffrent d'un sentiment d'insécurité », de « faciliter leurs démarches lorsqu'ils ont été agressés, de prévenir ces agressions et d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle sont exposés les médecins dans leur exercice professionnel ». Des fiches de déclaration d'incident et un livret de sécurité à l'usage des médecins sont disponibles. Dans le même esprit, le ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration a publié un « Guide pratique

83 <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>

pour la sécurité des professionnels de santé »⁸⁴ dont les conseils concernent la sécurité au cabinet ou à l'officine, au domicile, lors d'un déplacement, chez le patient, ainsi que la conduite à tenir en cas d'agression et les suites judiciaires.

Les conseils de prévention concernent à la fois les consultations et les visites à domicile, mais il est clair que le médecin est plus vulnérable dans un environnement qu'il ne connaît pas que dans son lieu d'exercice habituel. En matière de visites à domicile, les conseils sont simples :

Pour mieux protéger votre véhicule :

- ne laissez jamais les clés sur le contact ou à proximité, même pour un court instant ;
- bloquez toujours l'antivol de direction ;
- assurez-vous du verrouillage des portières et de la fermeture des vitres ;
- ne laissez aucun objet attrayant en évidence (monnaie, autoradio) ;
- évitez les signes extérieurs permettant d'identifier votre qualité de médecin ;
- privilégiez le téléphone portable avec une touche pré-réglée sur le « 17 police secours » au détriment du radiotéléphone fixe ;
- assurez-vous que le tatouage des vitres existe sur votre véhicule ;
- faites installer un système d'alarme homologué ou un coupe-circuit.

Pour mieux vous protéger :

- répartissez vos papiers, argent et trousseaux de clés dans différentes poches ;
- au cours de la visite, ne vous séparez jamais de votre téléphone ;
- stationnez au plus près de l'adresse du malade ;
- dans la mesure du possible, sollicitez un membre de la famille du malade pour vous accueillir au pied de l'immeuble ;
- si un individu semble vous suivre, n'hésitez pas à vous rapprocher des autres passants ou à entrer dans un lieu animé ;
- la nuit, marchez face aux voitures hors des zones d'ombre.

Beaucoup d'autres pays ont réalisé ce type de guide. Citons par exemple le guide très complet mis à la disposition des médecins belges (www.besafe.be).



Il est important de se préserver physiquement. Une blessure corporelle peut avoir des conséquences beaucoup plus importantes qu'un vol d'argent !

84 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_Securite_des_professionnels_de_sante.pdf

LE POINT DE VUE DU JURISTE**Les risques pour le médecin****La sécurité du médecin lors d'un déplacement**

L'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) a constaté une hausse des incidents contre les médecins en 2010, en rappelant notamment les chiffres pour la sécurité des médecins publiés en mars 2011 par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Une hausse de 79,7 % des incidents entre 2008 et 2010 qui touche essentiellement les généralistes (+ 62,6 %). L'Observatoire pour la Sécurité des médecins a publié, en novembre 2011, un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé qui peut être consulté sur le site de l'Ordre www.conseil-national.medecin.fr

Lors d'un déplacement, à plus forte raison la nuit et dans des quartiers jugés sensibles, un médecin doit penser à sa sécurité et à la protection de son véhicule. Les quelques conseils donnés ci-après ne doivent pas vous faire oublier que vous devez aussi informer préalablement vos confrères, votre secrétariat ou un membre de votre entourage de l'itinéraire de vos visites et des noms, adresses et téléphones des patients visités.

Avant d'assurer une visite, notamment chez un malade que vous ne connaissez pas, il convient d'apprécier le sérieux de l'appel : identité, coordonnées, domicile de l'appelant et nécessité du déplacement. Au cours d'un déplacement de garde, il convient de redoubler de vigilance lors d'une intervention auprès d'un malade suspect de troubles psychologiques, en s'assurant auprès du médecin régulateur de la présence d'une tierce personne.

Mieux vaut ne jamais se séparer de son téléphone portable en ayant une touche préréglée sur le 17.



En déplacement à domicile, ne jamais se séparer de son téléphone portable et utiliser une touche préréglée sur le 17 !

Conduite à tenir en cas d'agression

Malgré ces précautions, les médecins n'échappent plus à la violence de certains comportements, parfois même de leurs patients. Aggressions, vols ou encore dégradations matérielles font partie du quotidien des professionnels de santé installés dans des zones sensibles, ou isolés et obligés de se déplacer pour aller soigner leurs malades.

L'agressivité d'un patient, d'un membre de son entourage ou d'un simple passant, peut être due à des troubles psychopathologiques (alcoolisme, toxicomanie...), au retard d'intervention du médecin ou à son refus de céder à une demande injustifiée (arrêt de travail, certificat...).

En cas d'agression, une plainte peut être déposée dans n'importe quel service de police ou

brigade de gendarmerie. Elle est enregistrée sur un procès-verbal dont une copie est remise à la victime. La plainte peut aussi être adressée directement au procureur de la République, qui décidera de la suite à y donner : soit il classe cette plainte sans suite, notamment si l'auteur de l'infraction n'a pu être identifié, soit il décide de maintenir les poursuites à l'encontre de l'auteur présumé de l'infraction. Le médecin agressé sera alors informé de la date et du lieu de l'audience devant le tribunal ou le médiateur pénal. Il aura la possibilité de se constituer partie civile afin de réclamer à son agresseur le paiement de dommages et intérêts en réparation de son préjudice (corporel, matériel, moral . . .). Le montant de ce préjudice devra être précisé à l'aide de pièces justificatives : certificat médical, facture, devis . . . Le recours à un avocat pourra être conseillé afin d'être représenté devant le tribunal : les honoraires de cet avocat pourront être pris en charge par l'assurance de protection juridique du médecin. Si l'auteur des faits est reconnu coupable et condamné à verser des dommages et intérêts, l'avocat lui en réclamera le paiement en faisant exécuter la décision soit directement soit par voie d'huissier. En cas d'insolvabilité de son agresseur, il existe des organismes qui peuvent, sous certaines conditions, indemniser les victimes, comme la commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI).

Pour tenter d'identifier son agresseur s'il n'est pas connu, et aider les enquêteurs, plusieurs éléments d'information pourront être communiqués : le sexe, le type, l'âge, la taille, la corpulence, les cheveux, la coupe, la tenue vestimentaire, les signes particuliers, la façon de parler, un accent, la nature des armes utilisées, la direction et le moyen de fuite . . . Il faudra également indiquer la présence éventuelle de témoins et les objets volés.

Le dépôt de plainte ne doit pas être confondu avec le dépôt d'une main courante : simple consignation des faits sur un registre par les services de police ; le procureur de la République n'en est pas informé et aucune suite ne sera donnée. Cela permet seulement d'attirer l'attention sur certaines personnes. Un numéro d'enregistrement de la mention sur main courante est communiqué au plaignant et l'information est archivée localement.

5

Risques associés à la gestion du dossier médical, des prescriptions et de l'archivage des examens

Le Dr P. voit Marie, 29 ans, le 7 août pour un épisode infectieux ORL sévère, dans un contexte répétitif d'infections depuis 3 mois. Dans 2 jours il part en vacances et il note, à l'adresse de son remplaçant : épisode infectieux ORL sans signes de gravité à l'examen, demande systématique de sérologies et test de dépistage du VIH, traitement symptomatique pour gérer l'épisode. Pendant ses vacances, la secrétaire au cabinet va recevoir un résultat de séropositivité pour le VIH. Elle le range dans le dossier. Plus tard, elle affirmera l'avoir montré au remplaçant. Celui-ci ne s'en souvient pas (l'examen n'est pas signalé comme étant lu. Il ne s'agit pas d'une habitude du cabinet). Marie reviendra au cabinet en octobre et le résultat d'examen sera découvert dans son dossier à l'occasion de cette consultation.

1. Les risques associés à la tenue du dossier médical

Quizz

Indiquez-vous systématiquement dans votre dossier que le patient vous a signalé une absence d'allergie ? Oui ☒ Non ☒

« Le dossier médical a longtemps été la simple matérialisation d'un besoin du médecin qui, craignant la trahison de sa mémoire, conservait les notes personnelles qui lui permettaient de ne rien oublier de l'histoire de son patient. Il a pu s'y adjoindre les écrits échangés avec d'autres confrères ou avec les proches ou la famille des malades. Tout au plus ce dossier embryonnaire pouvait-il être partagé avec d'autres médecins au sein d'équipes soignantes. La morale professionnelle la plus élémentaire interdisait qu'il en fût autrement »⁸⁵.

Les exigences de contenu n'ont cessé de grandir avec la complexité de l'exercice médical. Le dossier médical remplit de ce fait aujourd'hui beaucoup de rôles complémentaires à celui de contenir des traces sur la prise en charge du patient. Il comporte des informations médicosociales nécessaires à l'assistance au patient, sert la continuité des soins entre médecins dans les cabinets de groupes et avec les remplaçants, contient les éléments de cohérence et de suivi entre prévention primaire, secondaire et tertiaire et possède une fonction médicolégale croissante.

La HAS recommande de tenir le dossier avec les points suivants⁸⁶ : identification du patient, informations administratives, données d'alerte (allergies, intolérances), consultations, et antécédents actualisés.

Les indicateurs de pratique concernant la tenue du dossier patient

Identification Nom complet actualisé Sexe Date de naissance Numéro du dossier Symbole pour signaler les homonymes	indispensable indispensable indispensable souhaitable souhaitable
Informations administratives Adresse Téléphone Profession Numéro de sécurité sociale Affection de longue durée (ALD) Tuteur, curateur, tiers payeur, mutuelle	indispensable indispensable souhaitable souhaitable souhaitable souhaitable
Données d'alerte (dont les allergies et les intolérances médicamenteuses)	indispensable
Rencontre Nom du médecin Date de la rencontre Type de contact Données significatives de la rencontre Conclusion/Synthèse de la rencontre Décisions	indispensable indispensable indispensable souhaitable indispensable indispensable
Histoire médicale actualisée et facteurs de santé Antécédents personnels Antécédents familiaux Facteurs de risque Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage Événements biographiques significatifs	indispensable indispensable indispensable indispensable souhaitable

Anaes (1996) la tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations.

86 En 1996, l'Anaes a publié un document sur « la tenue du dossier médical : état des lieux et recommandations » que la HAS a repris. Voir lien internet <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>

Quelles erreurs redouter ?

Le top 3 des risques en matière d'erreurs en médecine générale est représenté par les retards de diagnostic, les erreurs médicamenteuses et les stratégies thérapeutiques inappropriées. Dans les trois domaines, la gestion du dossier patient est très directement mise en cause, particulièrement par défaut de traçabilité.



La partie des antécédents allergiques est particulièrement sensible pour le risque grave d'erreurs médicales qui lui est associé !

Cette patiente de 44 ans, soignée depuis 6 ans par le Dr V., a présenté dans les suites d'une prescription d'Hexaquine® pour crampes, une insuffisance rénale anurique avec anémie hémolytique et, dans les suites, des complications infectieuses nosocomiales au niveau pulmonaire entraînant un syndrome obstructif séquellaire.

Cette patiente avait déjà présenté un œdème de Quincke à l'âge de 17 ans après une prise de quinine et cet antécédent n'était pas connu du Dr V. (en tout cas il n'était pas indiqué dans le dossier de la patiente).

Notons que sur le point particulier de la prise en compte de l'allergie, l'hôpital n'est guère plus performant que le cabinet libéral, et le mécanisme des erreurs qui conduisent à la méconnaissance des allergies sont souvent les mêmes.

Une enquête⁸⁷ conduite dans un service de médecine interne pendant 7 semaines nous en dit plus. Il s'agissait de confronter les indications relatives à la présence ou l'absence d'allergie dans le dossier médical avec le témoignage du patient. L'étude a porté sur 67 patients de moyenne d'âge de 60 ans. Dans un peu moins de la moitié des cas (32/67), l'absence d'allergie inscrite sur le dossier était confirmée par le patient. Dans 26 dossiers (38,8 %), il n'était pas fait mention de la présence ou de l'absence d'une allergie médicamenteuse. Or l'entretien avec les patients a montré que 18 d'entre eux n'avaient aucun antécédent d'allergie, deux évoquaient une allergie que l'interrogatoire pouvait néanmoins ne pas retenir, mais 6 patients présentaient une authentique allergie médicamenteuse.

87 Santucci R, Goivhot B, Danielou A, et al. Allergies médicamenteuses: exactitude et pertinence des informations contenues dans le dossier médical. Résumé sélectionné dans le cadre du congrès de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI) en juin 2006, consultable au: <http://www.snfmi.org/Data/ModuleProgramme/PageSite/Resume/465.asp> (vérifié le 30 mars 2012)

Les auteurs ont retenu comme mécanismes à l'origine de la mauvaise qualité du recueil, le défaut d'interrogatoire, la non-retranscription de l'existence (ou de l'absence) d'allergie et l'absence d'évaluation critique qui retient, à tort, la notion de réaction allergique évoquée par le patient, alors que l'analyse aurait dû infirmer le mécanisme allergique de la réaction.



Si la méconnaissance d'une allergie connue est un fait bien identifié, la mention à tort de l'existence d'une allergie est presque aussi grave et risque de priver le patient de classes médicamenteuses indispensables !

Indépendamment de ce conseil de bon sens, le référentiel sur le dossier médical invite également à vérifier si les coordonnées des patients (adresse, numéro de téléphone) n'ont pas changé. En effet, quel est le professionnel qui n'a pas connu la situation de ne pas pouvoir joindre un patient alors qu'il souhaitait annuler un rendez-vous, donner le résultat d'un examen important ou décider d'une hospitalisation urgente ?

La prescription sur ordonnance

En médecine générale, la majorité des consultations comportent une prescription médicamenteuse. En France, premier pays prescripteur en Europe, 78 % des consultations de médecine générale donneraient lieu à la prescription d'au moins un médicament⁸⁸. Cette activité de prescription est souvent considérée comme irrationnelle voire dangereuse, particulièrement en France où l'effet culturel (soigner c'est prescrire) et l'effet guichet (utiliser la Sécurité sociale pour des remboursements d'opportunité) demeurent importants, également chez les médecins.

La prescription de médicaments sur une ordonnance est réglementée par les autorités sanitaires et doit indiquer lisiblement :

1. Le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;
2. La dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune,

⁸⁸ DRESS (2005) Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Étude et Résultats, n° 440

la posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée;

3. La durée de traitement ou, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R. 5121-2, le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription;
4. Pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit;
5. Les mentions prévues à l'article R. 5121-95 et au huitième alinéa de l'article R. 5121-77 lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation les prévoit;
6. Le cas échéant, la mention prévue à l'article R. 5125-54;
7. Les nom et prénoms, le sexe et l'âge du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids.

L'article R. 4127-79 du CSP précise les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance.

Les articles R. 5125-55, R. 5132-21, R. 5132-27 et R. 5132-30 du CSP précisent les indications rédactionnelles obligatoires concernant respectivement les prescriptions libellées en dénomination commune, les médicaments des listes I et II et enfin les stupéfiants.

L'article R. 1112-3 du CSP dispose, pour les personnes accueillies en établissement de santé que « chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles ».

L'informatisation du dossier médical réduit-elle les risques d'erreur ?

Patiente de 54 ans, obèse (IMC à 38), tabagique, traitée depuis 2 ans pour une HTA par un comprimé par jour de Cotareg® 80 mg. Le médecin se rappelle avoir été interrompu plusieurs fois ce jour-là par le téléphone. En tout cas, une erreur lors du choix du traitement sur la liste

préétablie de son logiciel de prescription lui fait sélectionner Cotareg® 160 mg et cette erreur ne le frappe pas à la relecture de l'ordonnance. La patiente va prendre le traitement pendant 16 jours. Elle a bien vu que le traitement a été modifié mais le médecin lui avait dit que la tension était encore élevée et elle en avait déduit que le doublement de la posologie était volontaire. Au 17^e jour, elle est victime d'un malaise au volant et elle provoque un accident de la route important. Elle n'a aucune blessure mais il y a un blessé grave dans le véhicule heurté. Le médecin sera condamné.

Les erreurs en rapport avec le logiciel de prescription sont LE serpent de mer de l'équipement des cabinets médicaux, dans le monde entier. Les plans nationaux successifs n'ont pas encore conduit à l'adoption d'une informatisation systématique des cabinets libéraux (et de l'hôpital) et, évidemment, encore moins à l'adoption d'un dossier médical électronique partagé ou même stocké avec des compatibilités futures de partage assurées par des standards robustes de l'offre industrielle.

Les bénéfices économiques sont évidemment importants, et le législateur souhaite réduire les dépenses de santé en favorisant la généralisation de l'outil informatique et en particulier les logiciels d'aide à la prescription, mais les bénéfices en termes de qualité et d'efficience des pratiques médicales sont tout aussi importants : *« L'UNCAM et les syndicats signataires affirment leur volonté de mettre en place les outils nécessaires à l'amélioration des pratiques médicales et de leur efficience, notamment l'informatisation des cabinets médicaux, de manière à favoriser la tenue du dossier médical, les échanges dématérialisés entre professionnels et l'élaboration du volet de synthèse par le médecin traitant. Les signataires réaffirment également leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses »*⁸⁹.

En ce qui concerne plus précisément les bases de données électroniques sur les médicaments (BdM), c'est la HAS qui est chargée de les certifier. Elle a demandé aux éditeurs de BdM de s'engager sur un certain nombre d'exigences détaillées dans la charte de qualité des BdM (*« exhaustivité, neutralité, exactitude, fraîcheur, complétude des informations sur les différentes spécialités pharmaceutiques »*)⁹⁰.

Mais les obstacles sont multiples, et peut-être plus en France qu'ailleurs

89 Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. JO du 25 septembre 2011.

90 HAS (2008) Charte de qualité des bases de données sur les médicaments destinés à l'usage des LAP candidats à la certification de la HAS.

du fait des contraintes légales sur la protection des données et la communication des informations. Il est vrai que le problème n'est pas simple, notamment en ce qui concerne la confidentialité. Une thèse de médecine générale récente⁹¹ pointait par exemple l'absence de protection des données affichées sur l'ordinateur, l'absence de mot de passe dans l'accès aux dossiers patients...



Un logiciel électronique d'aide à la prescription n'est pas la sécurité absolue aux erreurs de prescription !

Au bilan, on retiendra que l'aide informatique est susceptible de canaliser et de sécuriser ces prescriptions, mais là encore, beaucoup reste encore à faire, de l'identification des besoins réels du médecin⁹² jusqu'à la mise à disposition de logiciels conviviaux et ergonomiques, sans oublier une génération de médecins encore peu familière de l'informatique forcément encore plus vulnérable dans les erreurs de paramétrage et d'usage.

En tout cas, cette prescription électronique n'amène pas plus de sécurité en l'état actuel par rapport à la plume et au papier mais n'est pas non plus dangereuse ; il n'y a pas plus de plaintes dans un cas que dans l'autre⁹³.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Ce dossier médical est destiné par essence à comporter la trace d'éléments personnels et intimes concernant le malade et donc, à ce titre, couverts par le secret médical. Le juriste s'est donc rapidement penché sur les conditions de sa conservation, de sa transmission et de sa divulgation. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a encore renforcé cet aspect juridique. On définit le dossier médical d'une personne comme étant un ensemble de documents qui retracent l'histoire d'une maladie ou de l'ensemble des épisodes ayant affecté la santé de cette personne.

L'article R. 4127-45 du CSP impose au praticien l'obligation de tenir une fiche d'observations pour chaque patient, indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi.

Quant à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, elle ne crée pas d'obligation de tenir un dossier médical, mais l'article L. 1111-7 du CSP issu de la loi du 4 mars 2002 autorise les patients à

91 Thèse de médecine de Grégory Bami, Protection des données patients informatisées en médecine générale, Université Paris 7, présentée et soutenue le 10 juin 2009.

92 Aubry Octruc E., Thèse de médecine générale, L'accès à l'information du médecin généraliste en consultation, 2008, http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/octruc_these_information_mg.pdf

93 Ross SM, Papshev D, Murphy EL, et al. (2005) Effects of electronic prescribing on formulary compliance and generic drug utilization in the ambulatory care setting: a retrospective analysis of administrative claims data. J Manag Care Pharm 11: 410-5.

accéder directement aux informations les concernant détenues par un professionnel de santé. De la conjonction de ces deux dispositions légales, il résulte que l'existence d'un dossier médical s'impose de fait, même si des imprécisions subsistent sur le contenu du dossier et sur sa communication.

Ainsi, un blâme a été infligé par la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins à un praticien qui ne tenait pas de dossier pour ses malades au motif qu'il s'agit d'une insuffisance de surveillance technique.

De la même manière, un tribunal correctionnel a condamné pénalement à 1 an d'emprisonnement avec sursis un médecin généraliste suite au décès d'un enfant d'une crise d'asthme au motif que cet enfant présentait un asthme ancien, mal diagnostiqué, mal traité et mal suivi, que son père était lui-même asthmatique et traité par ce même médecin et que le praticien en ne remplissant pas de dossier médical ne s'est pas donné les moyens de rectifier son diagnostic erroné de laryngites et de rhinopharyngites, répétées depuis plusieurs années (jugement du tribunal correctionnel de Troyes du 24/02/2010).

Si, au contraire, le professionnel de santé s'astreint à la tenue de dossiers médicaux pour chacun de ses patients, il sera en mesure de démontrer, si nécessaire, la fréquence et la qualité du suivi de ses malades ainsi que les informations et les conseils qu'il leur a prodigués.

La tenue d'un dossier médical impose, toutefois, régularité et rigueur. Que le dossier soit établi sur un support papier ou sur un support informatique, il faut se garder de toute erreur matérielle telle que, par exemple, l'oubli de noter un renseignement important (éruption cutanée chez une jeune femme venue consulter pour des ganglions récemment apparus dans le cou), saisie erronée, données perdues ou attribuées à un mauvais patient.

En outre, un certain nombre de règles s'impose aux praticiens en lien avec la conservation des dossiers médicaux et le respect de la confidentialité des données qu'ils contiennent.

L'article R. 4127-45 du CSP édicte que le dossier de suivi médical et la fiche d'observation sont conservés sous la responsabilité du médecin (ou, bien entendu, des médecins s'il s'agit d'un exercice en cabinet de groupe).

Le praticien doit veiller à éviter la perte ou la destruction des dossiers médicaux.

Ainsi, un tribunal a retenu une faute à l'encontre d'un médecin généraliste pour la perte du dossier médical, quand bien même cette perte n'a pas causé de préjudice à sa patiente (jugement du tribunal de grande instance de Troyes du 5 février 2010).

De la même manière, un tribunal a condamné un médecin généraliste à verser 2 000 euros à sa patiente pour avoir égaré son dossier médical au cours du déménagement de son cabinet, la privant de cette façon de la chance de pouvoir établir de façon certaine la responsabilité de ce médecin auquel elle reprochait un diagnostic tardif de sa maladie faute d'écoute (jugement du tribunal de grande instance de Marseille du 7 avril 2011).

Quant à la question de la confidentialité des données, l'article R. 4127-73 du CSP prévoit que « le médecin doit protéger, contre toute indiscretion, les documents médicaux concernant

les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents ».

En pratique, il est recommandé au médecin :

- pour ses dossiers papier, de les conserver dans un lieu et dans des fichiers fermant à clé ;
- pour ses fichiers informatiques, de faire une déclaration préalable à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), de choisir des supports adaptés aux exigences de conservation dans le temps en prévoyant des sauvegardes régulières, et de choisir des logiciels rendant impossible toute duplication ou falsification et empêchant toute utilisation par des tiers.



Le professionnel de santé qui s'abstient de tenir des dossiers médicaux court le risque de sanctions !

Quelles sont les dispositions à prendre pour effectuer des sauvegardes des fichiers informatiques ?

Le Dr Michel P. est informatisé depuis quelques mois. Il est satisfait de son équipement et il se rend compte à quel point l'informatique lui permet de mieux suivre ses patients. Son fournisseur de logiciel métier lui a recommandé d'effectuer tous les jours des sauvegardes et le Dr P. effectue consciencieusement ce travail : tous les soirs, il branche une clé USB sur son ordinateur et effectue la copie de l'icône de son logiciel. Rentré chez lui, il transfère les données vers un disque dur de grosse capacité. L'histoire est véridique et la suite conforme à ce que les lecteurs avaient prévu : le crash de l'ordinateur et la non-possibilité de récupération des données puisque le Dr P. n'avait fait qu'enregistrer le raccourci situé dans son ordinateur.

Il n'est pas possible de prendre le risque de perte de données aussi sensibles que celles contenues dans le dossier médical. Il est donc recommandé de faire tous les soirs une sauvegarde des données (et pas de l'icône !) en conservant, éventuellement sur un autre support, les sauvegardes des deux ou trois journées qui précèdent le jour de la sauvegarde. Il est également nécessaire de conserver une sauvegarde des données du dossier médical à des intervalles réguliers. Par exemple, on gravera un disque tous les 6 mois et ce disque sera conservé indéfiniment. Par ailleurs, toutes les sauvegardes seront stockées dans un endroit différent du cabinet. Il ne faudrait pas en effet qu'un incendie par exemple détruise l'ordinateur et les sauvegardes.

Certains médecins commencent à faire des sauvegardes externalisées, sur des aires de stockage web. Cette solution paraît être séduisante, mais il faut savoir que les sociétés qui proposent de tels services doivent avoir une certification spécifique.

Enfin, pourquoi ne pas faire de temps en temps un « crash test »⁹⁴, c'est-à-dire se mettre dans le scénario catastrophe : toutes les données informatiques ont été détruites. Seule est conservée la sauvegarde. Est-il possible de restaurer toutes les données à partir de cette sauvegarde ?

2. Les risques associés au suivi du retour des examens médicaux et à leur archivage

Quizz

Avez-vous une procédure de lecture et de rangement des examens complémentaires et des réponses des correspondants ? Oui ☒ Non ☒

Une femme âgée de 38 ans, consulte son médecin généraliste en vue d'une contraception orale. Le médecin réalise un frottis de dépistage dont le résultat est rédigé comme suit « aspect cytologique évoquant une lésion épidermoïde intraépithéliale de haut grade et nécessitant un contrôle biopsique sous colposcopie ». Le résultat a dû parvenir au cabinet du généraliste début janvier et a été classé dans l'attente d'une nouvelle consultation. En juillet de la même année, la patiente demande le transfert de son dossier auprès d'un autre médecin choisi comme nouveau médecin traitant. En prenant connaissance du dossier, celui-ci l'informe de la nécessité d'examens complémentaires. Les biopsies en août confirment des foyers de dysplasie de haut grade développés sur un ectropion, et il est décidé une conisation du col. L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire montre « des petits foyers de lésions virales HPV condylomateuses, planes, associées à une dysplasie des glandes endocervicales réalisant quelques îlots d'adénocarcinomes très bien différenciés in situ de l'endocol avec un trait d'exérèse en tissu sain ». Une hystérectomie est décidée. La patiente porte plainte.

L'ampleur du problème

Un médecin de famille voit 100 à 120 patients en moyenne par semaine et prescrit des examens complémentaires dans 39 % des cas. Sans surprise, 14 à 25 % de toutes les erreurs rapportées par les généralistes dans la littérature sont des erreurs en lien avec la prescription, la communication des

94 Méthode suggérée par le Dr Patrick Ouvrard, de la SFTG (Société de formation thérapeutique du Généraliste)

résultats et l'exploitation des résultats anormaux.

Deux études, menées en 2007-2008 dans le réseau des cabinets de médecine générale des vétérans (États-Unis), ont évalué les réponses données par les généralistes à des alertes par mail, téléphone ou SMS relatives aux résultats inquiétants de leurs patients.

La première étude⁹⁵ porte sur les résultats d'imagerie : sur 123 638 (scanners, mammographies, IRM), 1 196 images ont donné lieu à des alertes inquiétantes, dont 217 (18,1 %) sont restées ignorées. Plus surprenant encore, même pour les images validées, le suivi a été incorrect dans 7,7 % des cas (pourtant critiques) qui sont restés sans réponse ou avec un délai d'actions trop long. Les alertes les plus efficaces ont utilisé à la fois le téléphone et le mail. Les alertes qui n'avaient pas été prises en compte au bout de 4 semaines ont toutes conduit à des événements indésirables graves (EIG).

Les jeunes généralistes et les internes en stage se sont révélés les plus vulnérables : ils ouvrent plus souvent et plus vite leurs messageries (multiples consultations de leur PDA dans la journée), mais une fois ouvertes, ils agissent nettement moins que leurs aînés (comme si la lecture faisait disparaître le côté urgent en effaçant son apparence en style gras et noyait le message dans le flot des autres messages reçus).

La seconde étude⁹⁶ porte sur la gestion des examens biologiques. Les alertes sur la glycémie, les PSA, la TSH et la recherche d'hépatite C étaient transmises par mail ou SMS aux généralistes équipés de dossiers électroniques de patients. Elles portaient tout autant sur les résultats anormaux que sur l'absence de retour des résultats dans le délai habituellement requis. L'alerte restait visible pendant les 15 jours qui suivent la réception du résultat anormal, à la fois à l'ouverture du dossier patient concerné, et dans une liste indépendante de l'ouverture du dossier indiquant que tel ou tel dossier doit être revu. Au total, la série porte sur 1 163 alertes (sur un total de 78 158 examens demandés, soit 1,48 %) ; 10,2 % de ces alertes ont été validées manuellement et rapidement suivies de consultation du dossier médical. Les généralistes n'ont pas véritablement eu d'actions sur les presque 90 % restants, le temps de prise en compte étant finalement peu modifié par rapport à un système sans alerte. L'effet est d'autant moins grand que le patient est déjà connu pour des anomalies sur les mêmes valeurs biologiques ; plusieurs autres raisons liées à l'activité sont

95 Singh H, Shrinidi M, Sittig D, et al. (2009) Timely follow-up of abnormal diagnostic imaging test results in an outpatient setting, *Arch Int Med* 169: 1578-86s

96 Singh H, Thomas E, Sittig D, et al. (2010) Notification of abnormal lab test results in an electronic medical record: do any safety concerns remain? *Am J Med* 123: 238-44

évoquées dans le travail pour expliquer que les professionnels ne tiennent pas compte du système, même s'ils ont validé l'alerte.

Ces études révèlent deux évidences : l'extrême fréquence du phénomène et le fait que les dispositifs d'aide ne sont pas magiques et ne vont pas résoudre les difficultés sans une prise de conscience, une discipline et un effort d'organisation important au cabinet, un fort accompagnement de la profession et une ergonomie très étudiée des systèmes supposés aider.

Ces résultats sont cohérents avec ceux trouvés chez les assureurs⁹⁷. Par exemple sur 49 345 plaintes enregistrées par tous les assureurs américains entre 1985 et 2000, 68 % portaient sur de la médecine générale, 55 % des erreurs étaient en lien avec une prescription insuffisante ou erronée d'examen, 45 % étaient en lien avec un suivi du retour d'examen complémentaire déficient, soit par non-notification, soit par absence de plan de suite, et 37 % étaient en lien avec une mauvaise interprétation des résultats.

Informations manquantes dans le suivi du retour des examens demandés pour les patients

Les erreurs de suivi d'examen complémentaire chez les généralistes sont particulièrement fréquentes. Une enquête de 2008 conduite aux États-Unis⁹⁸ reprend les signalements anonymes de 243 médecins et personnels médicaux des cabinets de groupe américains sur une période de 1 an. Les participants à l'étude ont signalé 590 EIG en rapport avec 966 erreurs dans le traitement des examens complémentaires au cabinet. Les erreurs signalées sont survenues dans la pertinence de prescription des examens (12,9 % : examens confondus entre eux, erreurs de routine), dans la demande (17,9 % : demandes mal stipulées, mauvais mode de transmission), dans l'analyse des retours (24,6 % : résultats d'examen pas obtenus, pas lus), dans la réponse clinique qui a suivi les examens (6,6 %), dans la notification au patient (6,8 %). La mauvaise prise en compte dans le dossier et l'absence ou la recopie incorrecte du résultat représentaient 14,5 % des erreurs.

Les erreurs sont significativement plus nombreuses chez certains praticiens, dans les cabinets médicaux interagissant avec un grand nombre de centres d'examen complémentaires et dans les catégories socioprofessionnelles les plus pauvres (CSP) des patients.

97 Phillips RL Jr, Bartholomew LA, Dovey SM, et al. (2004) Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual Saf Health Care* 13: 121-6

98 Hickner J, Graham DG, Elder NC, et al. (2008) Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Qual Saf Health Care* 17: 194-200

Les conséquences de ces erreurs ont été, d'abord, du temps perdu et des dépenses inutiles puisque les examens ont dû être refaits (22 %), des délais de soins (24 %), de la douleur ou de la souffrance inutile pour le patient (11 %) et des effets vraiment plus sévères dans quelques cas (2 %). Plus de la moitié (54 %) des patients n'ont pas subi de conséquence et 18 % ont eu des conséquences mineures ; la gravité n'était pas mentionnée dans 28 % des cas.



Le mauvais suivi du retour des examens complémentaires des patients (archivage sans alerte, absence de vérification du retour. . .) est une source majeure d'événements indésirables !

Une autre étude s'intéresse au traitement et à la notification des examens complémentaires obtenus après la sortie du patient de l'hôpital (2 624 dossiers de sortie)⁹⁹ : quelle est la personne qui s'occupe des examens demandés et comment le généraliste est-il tenu au courant ? Sur 1 095 dossiers de patients étudiés, (41 %) ont reçu 2 033 résultats d'examens après leur sortie. Sur ce total, 191 (9,4 %) demandaient une suite médicale. Des enquêtes approfondies ont été conduites pour 155 de ces dossiers et 105 réponses ont été vraiment documentées. Sur ces 105 réponses, les médecins généralistes ont déclaré avoir reçu seulement la notification du résultat dans 65 cas (61,6 %) ; sur ces 65 cas, 24 (37,1 %) demandaient vraiment une action et 8 (12,6 %) une action d'urgence. Pratiquement toutes les alertes qui n'avaient pas été prises en compte au bout de 4 semaines ont conduit à des EIG.



Les dispositifs d'aide informatique au suivi des examens prescrits ne sont pas infaillibles et ne vont pas résoudre certaines difficultés sans une forte implication des médecins et une ergonomie très étudiée des logiciels !

Les systèmes d'aide réduisent tout de même la fréquence de certains événements ; les examens ont une tendance à être mieux placés dans les dossiers électroniques comme le montre cette étude de 2010¹⁰⁰. Les dossiers électroniques comportent plus souvent la signature des médecins (100 % *versus* 86 %), sont plus sujets à une interprétation tracée (73 % *versus* 64 %) et une notification au patient est plus souvent mentionnée de façon expli-

99 Roy CL, Poon EG, Karson AS, et al. (2005) Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med* 143: 121-8

100 Elder NC, McEwen TR, Flach J, et al. (2010) The management of test results in primary care: does an electronic medical record make a difference? *Fam Med* 42: 327-33

cite dans le dossier électronique que dans le dossier papier (80 % *versus* 66 %). Pour les résultats anormaux ($n = 170$), 64 % sont suivis dans les dossiers électroniques *versus* 40 % en version papier.

Mais dans l'ensemble des résultats publiés, le gain de qualité est réel dans l'archivage des examens, mais jamais évident sur l'interprétation et sur l'information donnée au patient.

Faudrait-il renvoyer les examens complémentaires directement aux patients ?¹⁰¹

La question ne se pose pas en France où les laboratoires envoient régulièrement un double des examens aux patients. Il faut noter d'ailleurs que les résultats négatifs de certains examens « sensibles », comme les résultats des tests HIV, sont souvent remis au patient, ce qui est totalement anormal puisque les patients à qui ces résultats ne sont pas remis concluent très logiquement que le test est positif.

Aux États-Unis, les résultats d'examens complémentaires sont envoyés uniquement aux médecins. Entre 8 et 26 % des résultats anormaux selon les études ne sont pas suivis d'action médicale. Pire, il ne semble pas que l'informatisation des dossiers ait vraiment changé cette donne. Devant ce constat, le ministère de la Santé américain a proposé un texte législatif le 4 septembre 2011, autorisant les patients à recevoir leurs examens complémentaires biologiques à la maison (uniquement sur leur demande). La proposition de loi s'appliquerait à 39 états dépourvus de textes sur ce domaine. La nouvelle loi ne spécifierait pas une durée minimale pour obtenir les résultats et préciserait quels examens devraient d'abord avoir été vus par un médecin.

Les auteurs constatent que même si cette loi est actée et qu'elle représente une avancée certaine, la littérature reste assez confuse sur ce qui serait idéal dans le suivi des examens prescrits par les médecins. Il en va de même de l'absence d'études montrant clairement l'intérêt d'informer directement le patient de ses résultats. Une seule étude a été publiée montrant un intérêt pour le patient d'une information sur le court terme (dans ce cas par téléphone et par des infirmières), mais le bénéfice devient déjà minimal à 3 mois de distance. Rien n'est d'ailleurs précisé dans la future loi sur ce que les patients doivent faire ou ne pas faire en recevant le résultat. Ce type de loi pourrait aussi avoir des conséquences sur la coresponsabilité accrue des

101 Davis Giardina T, Singh H (2011) Should patients get direct access to their laboratory test results? An answer with many questions. JAMA 306: 2502-3

patients, qui pourraient plus difficilement arguer de délais dans leur prise en charge. Du côté des médecins, la loi prédit que cela réduira la charge de travail des médecins, mais encore une fois, rien ne vient le prouver dans les études existantes. En revanche, la loi ne dit rien sur la délivrance et l'accompagnement de résultats très sensibles comme les cartes génétiques ou la recherche du sida. Dans tous les cas, il est à craindre de multiples interactions téléphoniques des patients avec leurs praticiens, sans facturation bien sûr... Enfin, les auteurs s'interrogent sur les effets à long terme de la relation médecin-patient en s'en inquiétant, mais sans donner vraiment de réponse.



Chaque médecin devrait inscrire comme une priorité l'importance d'avoir une politique claire de relecture et de suivi des examens !

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Les risques pour le médecin dans la prescription

En matière de prescriptions médicamenteuses, le praticien doit s'assurer qu'il n'a commis aucune erreur matérielle et que la rédaction de ses ordonnances est lisible. Un contentieux important existe dans ce domaine, avec des condamnations pour, notamment, des surdosages pouvant avoir de graves conséquences pour les patients.

Concernant la prescription d'examens médicaux, le médecin a l'obligation de s'assurer du suivi des examens qu'il prescrit.

Il est ainsi de son devoir :

- de s'assurer que les examens ont été réalisés ;
- de veiller à un retour des résultats ;
- de lire et interpréter ces résultats ;
- d'informer le patient de ceux-ci et le cas échéant d'y apporter une suite ;
- de classer, alors seulement, ces résultats dans le dossier du patient et de les noter sur la fiche d'observation ;
- enfin si le relais est passé à un remplaçant, d'aviser celui-ci des examens prescrits pour que la continuité des soins soit assurée.

Tout manquement dans l'une de ces étapes du suivi sera déclaré fautif.

Ainsi, à titre d'exemples,

Sur le retour des examens prescrits :

Une cour d'appel a retenu comme étant une négligence fautive le fait pour un praticien de ne pas avoir surveillé les résultats d'un test de trisomie qu'il avait prescrit et d'avoir omis de

prendre le moindre renseignement sur ce résultat.

Un tribunal a considéré comme fautif le fait pour un médecin traitant de ne pas s'enquérir auprès de son patient, à son retour de vacances, du résultat du test HIV qu'il lui avait prescrit, une maladie aussi préoccupante que le sida obligeant le médecin traitant à la plus grande vigilance professionnelle.

Sur l'information du patient :

Un tribunal a jugé qu'un médecin traitant s'est rendu coupable d'un défaut de conseil envers son patient. Avant son départ en vacances, il savait que le résultat de l'examen sanguin qu'il avait prescrit montrait deux anomalies dont une augmentation du taux de PSA, et il lui avait prescrit des examens plus poussés. À son retour, il lui incombait de relancer ce patient qu'il avait vu à plusieurs reprises pour d'autres pathologies, afin de vérifier qu'il avait conscience de la gravité potentielle de son état de santé et pour qu'il effectue les examens que lui-même avait déclaré être nécessaires.

Une cour d'appel a retenu la responsabilité d'un praticien, lequel, pour informer sa patiente avant son départ en vacances du résultat d'un examen histologique révélant un carcinome de l'ovaire, « s'est contenté d'adresser à la patiente une lettre banale à une mauvaise adresse sans s'assurer à aucun moment qu'elle était avertie du danger qu'elle courait ».

Sur le passage des consignes entre le praticien remplaçant et le praticien remplacé :

Une cour d'appel a retenu la responsabilité des deux praticiens pour un retard au diagnostic d'un cancer du col de l'utérus. Il a été reproché au médecin remplaçant de ne pas avoir noté dans le dossier la réalisation d'un frottis et de ne pas en avoir informé le médecin remplacé et à ce dernier de ne pas avoir, 2 ans plus tard, procédé de manière sérieuse à l'interrogatoire de sa patiente, laquelle n'aurait pas manqué de lui révéler l'existence d'un précédent frottis de telle sorte qu'il aurait pu s'enquérir de son résultat dont il n'est pas démontré qu'il avait été porté par le laboratoire à la connaissance du médecin remplaçant.

3. Vous avez dit médecine défensive ?

On dit souvent que la transparence sur les événements et, d'une certaine façon, tout moyen de signalement y compris les plaintes, sont des outils de progrès pour mieux gérer les risques. Dans la réalité, les médecins sont parfois tentés par une réaction tout autre de mise en place d'une médecine défensive quand ils ont été confrontés à des plaintes. La médecine défensive privilégie la protection juridique personnelle au bénéfice-risque pour le patient.

Elle est parfois faussement positive (excès d'examens et de vérifications médicales, d'autorisations signées du patient) et parfois carrément négative

(*cherry picking*, sélection des malades les moins à risques).

Dans sa partie faussement positive, le risque est de perdre du temps, de l'argent et de désorganiser le processus global de prise en charge (par exemple reports de rendez-vous parce que les pièces ne sont pas présentes).

Les aspects positifs et négatifs de la médecine défensive ne semblent pas dépendre d'une culture nationale particulière, on les retrouve dans tous les pays à l'identique. La honte d'avoir été poursuivi n'est pas un point mineur, surtout si le mécanisme de compréhension de l'erreur et de reconstruction n'a pas pu se faire faute de staff et de groupes de pairs entraînés à discuter les EIG. La réaction de certains médecins peut être très exagérée, tournant à un excès immédiat de médecine défensive, au demeurant encore plus au détriment des patients.

Les études et les chiffres sont éloquentes à l'étranger comme en France

Une première étude de grande ampleur a été réalisée en 2005 en Pennsylvanie aux États-Unis, un des états connus pour avoir le plus de plaintes des patients. Un questionnaire a été envoyé à 825 médecins généralistes ayant une moyenne de plus de 10 ans d'expérience clinique¹⁰². Une grande majorité (626 médecins) ont reconnu des pratiques défensives, surtout après des plaintes ou événements subis dans un passé récent. Dans 42 % des cas, les médecins réduisaient déjà leur offre médicale, et envisageaient de réduire davantage cette offre dans 49 % des cas. Plus de la moitié des médecins (59 %) demandent des tests qu'ils savent inutiles (avec un pic record pour les urgentistes : 70 %), 52 % reconnaissent envoyer le patient pour avis à des collègues alors qu'ils connaissent déjà la réponse (avec un pic en obstétrique), et 33 % reconnaissent prescrire plus que nécessaire des médicaments et recommander des indications chirurgicales par excès.

Ces chiffres sont confirmés par la plus grande enquête réalisée à ce jour sur ce thème, conduite¹⁰³ de novembre 2007 à avril 2008 auprès des médecins de l'état du Massachusetts de sept spécialités différentes : médecine générale, urgences, anesthésie, chirurgie générale, neurochirurgie, orthopédie, gynéco-obstétrique.

102 Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. (2007) Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. *Health Aff (Millwood)* 26: 215-26

103 MMS First-of-its-kind Survey of Physicians Shows Extent and Cost of the Practice of Defensive Medicine and its Multiple Effects of Health Care on the State. Editorial de Richard Gulla dans le *Massachusetts Medical Society* du 17 novembre 2008, http://www.massmed.org/AM/Template.cfm?Section=Advocacy_and_Policy&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=23559 à propos du rapport de la *Massachusetts Medical Society*: Sethi D, Aseltine R, Gulla R, Investigation of Defensive Medicine in Massachusetts, November 2008 www.massmed.org/defensivemedicine (vérifié le 30 mars 2012)

L'enquête a porté sur la prescription de sept examens courants : radiographies simples, scanners, IRM, échographies, bilans biologiques, demandes de consultation spécialisée et demandes d'hospitalisation.

Au total, 900 réponses (46 % des médecins de l'état) ont été obtenues, faisant de cette enquête la plus grande enquête connue sur la médecine défensive à cette date.

Les résultats sont éloquentes : 83 % des médecins interrogés reconnaissent des pratiques de prudence dont ils pourraient se passer. Ces pratiques concerneraient de 18 à 28 % des examens et des avis demandés, et 13 % des demandes d'hospitalisation. Le coût est évalué à 281 millions de dollars en ce qui concerne les examens pour 2005-2006, et plus de 1,1 milliard de dollars pour les hospitalisations inutiles. Ces sommes ne correspondent qu'aux seuls médecins qui ont répondu à l'enquête (soit la moitié des médecins de l'état). Les obstétriciens et les orthopédistes arrivent en tête dans ces pratiques défensives, particulièrement 28 % d'entre eux disent éviter les patients les plus à risques de complications. Plus de la moitié (53 %) des généralistes, plus des trois quarts (76 %) des neurochirurgiens et 66 % des urgentistes, disent avoir modifié leur façon de travailler pour être moins vulnérables juridiquement. En médecine générale, 33 % des demandes d'avis complémentaires sont réalisées sans autre raison que ce motif de médecine défensive.

L'Europe n'est pas à la traîne

Une étude menée en 2011 au Royaume-Uni par une compagnie d'assurance auprès de 670 sociétaires¹⁰⁴ montre que 71 % des médecins reconnaissent une pratique défensive pour éviter les plaintes. Ils prescrivent plus d'examens, modifient leurs habitudes de prescription, évitent certaines procédures. Dans la moitié des cas (49 %) les répondants ont déjà été confrontés à une plainte, 11 % ont eu une conclusion défavorable après les enquêtes, plus de 50 % ont estimé que ces conclusions étaient injustifiées et 64 % ont modifié leur pratique. La compagnie développe une argumentation pour prouver que la médecine défensive ne diminue pas le risque de poursuite et pourrait même l'augmenter.

Et la France n'est pas une exception

Un groupe de travail a été créé à la Fédération hospitalière française

104 Cunnigham W, Wilson H (2011) Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Qual Saf* 20: 449-52

(FHF)¹⁰⁵ sur la pertinence des prescriptions avec une priorité portant sur la chirurgie, mais les informations ne manquent pas, remontant de la CNAM, sur les prescriptions excessives et non motivées.

Par exemple, l'analyse par région du nombre d'appendicectomies, d'opérations de la cataracte ou du canal carpien, rapporté à la population, montre que dans quelques régions, les indications dépassent de 50 % la moyenne nationale, alors que, dans le territoire voisin, il est inférieur de moitié à cette moyenne.

Plus en lien direct encore avec la médecine défensive, le rapport de la FHF montre que les recommandations de bonne pratique ne sont pas respectées. Citons par exemple cette partie du rapport concernant la prescription des radiographies du crâne après un traumatisme crânien chez l'enfant : *« En 2009, une conférence de consensus avait établi que les radiographies du crâne étaient totalement inutiles dans les traumatismes crâniens simples. Un million de radiographies du crâne se pratiquaient alors. Au premier trimestre 2010, 261 000 radiographies ont été effectuées (coût total : 8,9 millions d'euros). Malgré une diminution de 7,8 % sur l'année précédente, on peut s'interroger sur les motifs médicaux qui ont suscité l'examen »*. Il en va de même de nombreuses prescriptions défensives de dépistage, comme celui du cancer de la prostate par dosage des PSA.



La médecine défensive ne met pas à l'abri de l'erreur, elle a même tendance à l'augmenter !

105 Groupe de travail présidé par le Pr Richard Mornex. Les propositions de la FHF pour une véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Décembre 2010. <http://fichiers.fhf.fr/documents/DPPertinence-des-actes.pdf> (vérifié le 30 mars 2012)

6

Organisation d'accueil, hygiène et sécurité des locaux et du personnel

On lave des mains sales, on les désinfecte par friction pour les soins : une recommandation universelle¹⁰⁶.

Pour introduire ce chapitre, nous invitons les lecteurs à répondre aux 10 questions suivantes, adaptées d'une thèse pour le doctorat en médecine¹⁰⁷. Il est probable que beaucoup de réponses mettront en évidence des failles de sécurité. Pourtant, le risque infectieux est grand, à la fois pour les patients, pour le médecin et pour le personnel du cabinet.

1. Vous êtes-vous déjà piqué ou coupé avec un objet souillé (aiguille, bistouri...) ?	Oui ☒ Non ☒
2. La personne qui entretient les locaux est-elle informée des risques infectieux encourus lors de la manipulation du matériel médical et des déchets ?	Oui ☒ Non ☒
3. Comment éliminez-vous les déchets d'activités de soins à risques infectieux ?	
4. Disposez-vous d'un collecteur OPCT pour les objets piquants, coupants, tranchants ?	Oui ☒ Non ☒
5. Stérilisez-vous vous-même votre matériel à usage multiple ?	Oui ☒ Non ☒
6. Respectez-vous les 4 règles de la stérilisation (trempage prédésinfectant, nettoyage avec une brosse non métallique, désinfection ou stérilisation puis rangement dans un lieu propre et sec) ?	Oui ☒ Non ☒
7. La vaccination de l'hépatite B est-elle à jour pour : – vous ? – la secrétaire ? – l'agent d'entretien ? – le conjoint s'il y a lieu ?	Réponses possibles : Oui, Non, Pas de vaccination, Ne sait pas
8. La salle de consultation est-elle équipée : – d'un lavabo ? – de poubelles à pédales ? – de distributeurs d'essuie-mains jetables ?	Oui ☒ Non ☒ Oui ☒ Non ☒ Oui ☒ Non ☒
9. Pour chaque patient, vous lavez-vous les mains (ou réalisez-vous une friction avec un produit hydroalcoolique) avant et après chaque soin/examen ?	Oui ☒ Non ☒
10. Utilisez-vous du papier de protection pour la table d'examen ?	Oui ☒ Non ☒

¹⁰⁶ <http://www.sante.gouv.fr/place-de-l-hygiene-des-mains-et-des-produits-hydro-alcooliques-dans-la-prevention-de-la-transmission-des-infections>

¹⁰⁷ Bonazzi F (2005) L'hygiène au cabinet des médecins généralistes, observation de 30 médecins de l'agglomération grenobloise, Thèse de médecine

1. L'hygiène au cabinet

Quelle performance d'hygiène aujourd'hui dans les cabinets de généralistes ?

Autant l'hygiène fait partie de l'environnement hospitalier (elle est remise régulièrement sur le devant de la scène par des affaires médiatiques rapportant des infections nosocomiales), autant elle semble être encore un non-problème en ville. Les médecins les plus âgés se souviennent sûrement qu'ils jetaient les seringues usagées (après les avoir recapuchonnées à deux mains) directement dans la poubelle. Le lavage des mains n'était pas systématique et, bien souvent, il n'y avait pas de point d'eau dans le cabinet. Enfin les sols étaient le plus souvent recouverts d'une moquette offrant de bonnes conditions d'accueil des germes pathogènes.

Les choses ont considérablement changé, même si les conditions d'hygiène ne sont pas toujours celles qu'elles devraient être. Le sida est passé par là. Néanmoins, il existe encore beaucoup de résistances de la part des médecins.

Ainsi, l'adhésion à l'hygiène des mains reste faible partout dans le monde. Les enquêtes répétitives de l'OMS, largement relayées par les mesures des agences nationales, ont porté sur plusieurs milliers de médecins et de soignants dans tous les pays occidentaux. Les résultats sont plutôt consternants. L'adhésion au lavage des mains des médecins est à peine de 57 % en moyenne, et elle varie considérablement selon les spécialités médicales¹⁰⁸.

L'adhésion à l'idée qu'il faut se laver les mains est associée à la peur d'être observé, l'impression d'être un modèle pour les autres collègues, un accès facile au point d'eau ou aux solutions hydroalcooliques ou simplement une attitude positive envers l'hygiène des mains après contact avec le patient. À l'inverse, quand la charge de travail devient élevée, il s'agit typiquement d'un domaine sacrifié, particulièrement en cabinet de ville



L'hygiène des mains reste (très) mal maîtrisée par les médecins.

Un des obstacles les plus souvent cités est le temps nécessaire à cette opération extrêmement répétitive, surtout quand elle est faite à l'eau et au savon. Ce temps peut représenter dans un service hospitalier plus de la moitié du temps de travail d'une infirmière si elle applique les consignes à la règle, ce qui est évidemment strictement irréaliste. Les solutions alcoolisées ont contourné partiellement le problème en réduisant le temps, mais

¹⁰⁸ Pittet D, Simon A, Hugonnet S, et al. (2004) Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med* 141: 1-8

avec des effets secondaires qui en limitent aussi la généralisation (plusieurs professionnels sont rebutés à l'usage de ces solutés en prétextant des effets cutanés). À preuve, l'observance s'est à peine améliorée, passant de 40 à 57 % entre lavage eau-savon et soluté alcoolique dans les premières études conduites en Europe après adoption de technique de soluté alcoolique, ce qui est évidemment encore loin d'une cible souhaitable¹⁰⁹.

Mais l'hygiène des mains n'est pas seule en cause. Une enquête a été conduite auprès des médecins généralistes de la commune de Rueil-Malmaison en 2008 (département des Hauts-de-Seine)¹¹⁰. Trente-deux médecins ont répondu à un questionnaire sur leurs pratiques concernant l'hygiène des mains mais aussi la prévention des accidents d'exposition au sang, la gestion du matériel médical et des déchets de soins à risque infectieux (DASRI). L'équipement de leurs locaux et notamment du point d'eau servant au lavage des mains a été observé au cours de cette enquête. Un guide de bonnes pratiques reprenant les grandes notions de base de l'hygiène, réalisé à partir des recommandations ministérielles, leur a été remis dans le but de les sensibiliser à ce sujet d'actualité. Seulement 41 % des médecins interrogés affirment se laver les mains avant et après l'examen de chaque patient ; 30 % déclarent respecter la procédure recommandée pour le nettoyage du matériel médical, 3 % utilisent un produit détergent décontaminant adéquat. L'équipement des locaux ne répond pas aux recommandations puisque seulement 59 % des médecins visités ont un lavabo dans leur salle de consultation.

Une autre thèse sur le même sujet (l'hygiène des soins en médecine générale)¹¹¹ mais concernant des médecins militaires, parvient à des résultats plus nuancés. 152 médecins généralistes militaires de métropole ont été questionnés. Il ressort que l'organisation générale du cabinet, la gestion des déchets, l'utilisation des dispositifs médicaux, l'hygiène des mains et les vaccinations, sont des domaines mieux maîtrisés que chez les confrères civils. L'auteur précise que les médecins militaires sont beaucoup plus sensibilisés aux problèmes des vaccinations que leurs collègues civils. En revanche, les accidents d'exposition au sang, le bionettoyage et l'hygiène de la tenue de travail sont beaucoup moins des priorités. Enfin, l'utilisation des antiseptiques par ces médecins militaires se fait parfois en dehors des conditions précisées par l'AMM.

109 Weinstein RA (2004) Hand hygiene: of reason and ritual. *Ann Intern Med* 141: 65-6

110 Salabert Dubar Delphine (2008). L'hygiène en médecine générale : état des lieux dans une commune des Hauts de Seine. Thèse pour le doctorat en médecine Université Paris 6 Pierre et Marie Curie.

111 Dassaud Damien (2011) Hygiène des soins en médecine générale: enquête dans les services médicaux d'unités métropolitains en 2010, basée sur les recommandations de la Haute Autorité de santé de juin 2007. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Paris Descartes.

D'une façon générale, les infections associées aux soins (IAS) sont perçues comme des problèmes peu fréquents. Il a fallu l'épidémie de grippe H1N1 de 2009-2010 pour que l'utilisation de solutés hydroalcooliques pour la friction des mains se généralise.

Les conseils et recommandations pour l'hygiène au cabinet ont alimenté de très nombreux articles et blogs. Nous avons pris le parti dans la suite du texte de ne traiter que de la bibliographie postérieure à 2007, qui correspond à la publication des recommandations de la HAS et surtout à une période où les possibilités du marché ont rendu possible le matériel systématiquement jetable et un certain nombre de préconisations.

Hygiène au cabinet : quelles sont les recommandations existantes ?

Une patiente vient consulter pour son enfant de 6 ans. Pendant que le médecin l'examine, le frère cadet, non surveillé, introduit ses mains dans la poubelle et se pique avec un déchet médical non placé dans un container étanche. Le médecin a été condamné.

Une série d'études a été réalisée dans les années 2005-2007 en Amérique du Nord et au Canada sur le lavage des mains et le nettoyage des plaies. Les recommandations québécoises en matière de techniques de lavage et de désinfection des mains sont rappelées par Groleau et Koundé dans *Le Médecin du Québec*¹¹².

La HAS a publié en 2007 une série de recommandations sur l'hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical, qui sont toujours d'actualité. Elles concernent l'agencement architectural, en particulier l'agencement de la salle de soins et de la salle d'attente, les conditions de conservation des produits pharmaceutiques, la stérilisation du matériel médical, l'hygiène des mains, les protocoles de désinfection, les vaccinations des professionnels de santé, les conditions dans lesquelles il est nécessaire de porter des masques faciaux, les protocoles d'entretien des locaux... Un grand nombre de précisions importantes sont apportées dans l'argumentaire développé pour présenter le guide¹¹³

Tout récemment enfin (en 2010), l'organisation mondiale de la santé a publié un document¹¹⁴ intitulé « Hygiène des Mains : Manuel Technique de Référence À l'attention des professionnels soignants, des formateurs

112 Groleau M, Koundé E. (2006). Les antiseptiques au cabinet. *Le Médecin du Québec*,41(7):63-66.

113 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_argumentaire.Pdf

114 http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/gpsc_hhtool_TRM_2010_40_fr.pdf

et des observateurs des pratiques » dans le cadre de l'Alliance mondiale pour des soins plus sûrs.

Tous ces documents expliquent les différences qui existent entre un lavage des mains avec un savon ordinaire (qui sert à éliminer les souillures et diminuer la flore transitoire), un savon antiseptique (pour prévenir en outre les transmissions bactériennes), l'utilisation d'une solution hydro alcoolique, d'usage plus facile et le brossage chirurgical pour prévenir les infections du champ opératoire. « Le simple fait d'assurer l'antisepsie des mains au moment opportun et de manière appropriée », comme le rappelle le manuel de l'OMS permettrait tout simplement [...] « de sauver des vies »

En acupuncture, des recommandations particulières concernent le matériel et la préparation de la peau¹¹⁵ ; ces recommandations sont maintenant largement obsolètes et n'ont pas résisté aux matériels jetables dont on dispose maintenant.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Responsabilité et déchets d'activités de soins

Comment éliminer les déchets d'activités de soins ?

Les déchets d'activités de soins produits par les professionnels en exercice libéral sont « les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire » (article R. 1335-1 du CSP). Parmi ces déchets, certains sont qualifiés de déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI). Il s'agit d'après l'article R. 1335-1 du CSP :

- soit de déchets qui « présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes, viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants » ;
- soit, même en l'absence de risques infectieux :
 - « de matériels et matériaux piquants ou coupants »,
 - « de produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption »,
 - « de déchets anatomiques humains correspondant à des fragments humains non aisément identifiables ».

¹¹⁵ OMS (2001) Principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4931f/s4931f.pdf> (vérifié le 30 mars 2012)

La particularité des DASRI est qu'ils ne doivent, en aucun cas, être mélangés aux déchets ménagers car ils présentent un risque pour le médecin lui-même, ses employés, ses patients, les personnels des collectes et de traitement des déchets, le public et l'environnement. Le praticien doit les placer dans des emballages à usage unique et les stocker dans des endroits sécurisés à l'abri du public. Le professionnel de santé en exercice libéral est responsable de l'élimination des déchets qu'il produit dans son cabinet ou au domicile de ses patients (article R. 1335-2 du CSP).

Les articles R. 1335-3 et suivants du CSP et les arrêtés des 07/09/1999 et 24/11/2003 déterminent les modalités de tri, de stockage, de collecte ou transport et de destruction de ces déchets. On retiendra notamment que, si le professionnel de santé choisit d'avoir recours à un prestataire de collecte des déchets, une convention écrite devra être rédigée fixant les responsabilités et les obligations réciproques de chacun. La destruction est obligatoirement effectuée par un organisme spécialisé et sur un site autorisé.

Il est essentiel pour le professionnel de santé de conserver une trace de l'élimination des DASRI. Ainsi, devra-t-il conserver pendant 3 ans les documents suivants : la convention conclue entre lui-même et le prestataire de collecte des déchets, le bon de prise en charge ou le bordereau de suivi émis au moment de la collecte ou de l'apport volontaire (si le professionnel de santé a choisi de prendre en charge le transport de ses déchets dans un point de regroupement déclaré en préfecture) et, enfin, l'attestation de destruction des déchets émise par l'installation de traitement des déchets. Tout manquement à ces règles sera déclaré fautif. Il expose le praticien à une mise en cause de sa responsabilité civile professionnelle par toute personne victime d'un dommage et à une condamnation à réparer le préjudice subi.

Un médecin a été condamné (avec le syndicat des copropriétaires d'un immeuble) à indemniser le préjudice d'un employé d'une ville au service du ramassage des ordures ménagères, lequel a été victime d'une contamination par le VIH imputée à la piqure d'une aiguille de seringue déposée par le médecin dans un sac-poubelle qu'il a manipulé (arrêts cour d'appel de Versailles du 24/09/2003 et Cour de cassation du 02/06/2005 – pourvoi n° 03-20011).

Un laboratoire d'analyses a été condamné à indemniser le préjudice de sa secrétaire salariée, victime d'une coupure à l'index avec un biseau d'aiguille souillée qui sortait d'environ 1 cm d'une boîte à aiguilles usagées. La Cour de cassation a retenu « qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver » (arrêts cour d'appel de Nîmes du 14/10/2008 et Cour de cassation du 17/12/2009 – pourvoi n° 08-21598).

Un médecin exerçant en cabinet libéral, seul ou en groupe, n'est pas à l'abri d'une telle condamnation sur le même fondement juridique. En dérogeant aux règles sur l'élimination des DASRI, le professionnel de santé n'est également pas à l'abri d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires.

Enfin, il ne faut pas oublier l'implication légale du médecin dans les conseils donnés aux patients dans le traitement de leurs propres déchets médicaux au domicile. Il ne faut pas oublier que les déchets produits par des professionnels de santé relèvent de leur responsabilité et qu'il vaut mieux ne pas les laisser au domicile.



L'élimination conforme des déchets de soins à risques infectieux (DASRI) doit être traitée avec un haut niveau de priorité !

Que faire en cas d'exposition aux liquides biologiques et au sang ?

Même en prenant beaucoup de précautions, le risque de se piquer avec une aiguille qui a servi à injecter un produit à un patient ou avec un bistouri usagé n'est pas nul. De même, la projection d'un liquide biologique sur un œil ou sur une autre muqueuse peut transmettre un virus porté par le patient. Ce risque existe pour le médecin, pour le personnel du cabinet et pour les autres patients.

En pratique, le risque que l'on redoute est représenté par le virus du sida, mais les virus des hépatites B ou C sont plus facilement transmissibles.

Pour éviter au maximum que se produise cette « exposition aux liquides biologiques et au sang », il est nécessaire de respecter toute une série de mesures comme l'utilisation adaptée du matériel (par exemple ne pas recapuchonner les aiguilles), les mesures d'hygiène déjà évoquées, la mise en place d'une filière de traitement des déchets et le respect des normes vaccinales.

Si néanmoins, l'accident survient :

- en cas de piqûre, il faut s'abstenir de faire saigner et nettoyer immédiatement la plaie à l'eau et au savon. Après avoir rincé abondamment, il faut désinfecter pendant 5 minutes, si possible en immergeant la plaie dans du Dakin®, de l'alcool à 70° ou dans de la Bétadine® dermique ;
- en cas de projection sur une muqueuse, il faut rincer abondamment à l'eau du robinet.

Dans l'heure qui suit, il est nécessaire d'appeler le service d'urgence, qui prendra les mesures appropriées. Toutes les fois que cela est possible,

il faut prescrire au patient source de l'infection une prise de sang pour connaître son statut sérologique.

Enfin, si l'accident survient sur un membre du personnel, il est indispensable de faire une déclaration d'accident du travail.

Dans un second temps, il faudra faire l'analyse de l'accident afin de mettre en place des barrières de protection (voir chapitre 10) pour éviter la reproduction de l'accident.



**Trois points importants sont à prendre en considération en priorité :
le lavage des mains, l'élimination des déchets et les protocoles en cas
d'exposition au sang !**

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Responsabilité du médecin de ville et risques infectieux

Le CSP prévoit les règles déontologiques suivantes :

- « dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents » (article R. 4127-32) ;
- « l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes » (article R. 4127-69) ;
- « [...] il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées [...] » (article R. 4127-71).

Responsabilité pour des infections présumées contractées au cabinet

Infections associées aux soins (IAS) – Risques juridiques

En matière d'infection nosocomiale ou, plus largement, d'infections associées aux soins (IAS), le régime juridique du praticien qui exerce en cabinet de ville, seul ou en groupe, s'est assoupli suite à la promulgation de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ainsi :

- pour les actes accomplis avant le 5 septembre 2001, la nature de l'obligation du praticien, au même titre que celle des établissements de santé, est une obligation de sécurité de résultats dont il ne peut s'exonérer qu'en démontrant que le préjudice provient d'une cause étrangère (événement extérieur, fait du tiers, fait de la victime) présentant les caractères de la force majeure (extériorité, imprévisibilité et irrésistibilité ou inévitabilité), preuve

particulièrement difficile, voire impossible à apporter ;

- pour les actes accomplis après le 5 septembre 2001, la nature de l'obligation du praticien est une obligation de moyens (article L. 1142-1 du CSP) de telle sorte que sa responsabilité ne sera pas engagée en l'absence de faute même si le patient subit, à l'occasion des soins, un préjudice d'une particulière gravité, et il appartient désormais à la victime, d'apporter la triple preuve d'une faute commise par le médecin, d'un préjudice et de l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice. Ce principe a été consacré par la Cour de cassation (arrêt du 8 avril 2010 – pourvoi n° 08-21058) : les magistrats ont admis que la responsabilité du médecin pour une infection contractée à son cabinet ne peut être engagée qu'en cas de faute, celle-ci devant être prouvée par la victime.



Le cabinet médical n'est pas assimilé à un établissement de soins. La responsabilité du médecin ne sera pas engagée en l'absence de faute, même si le patient subit un préjudice infectieux à l'occasion du soin.

Pour autant, ce principe ne dispense pas le praticien du respect de l'article R. 4127-71 du CSP qui lui impose de disposer, au lieu de son exercice professionnel, de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge, de veiller à la stérilisation ainsi qu'à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et de ne pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Le praticien en cabinet de ville doit, en conséquence, veiller à se prémunir de tout reproche qui concernerait notamment :

- un défaut d'asepsie ou de stérilisation du matériel médical voire la non-utilisation d'un matériel à usage unique ;
- un défaut de précaution lors de l'acte de soins (par exemple, suivant l'acte accompli, absence de port de gants ou de changement de gants après chaque acte, non-port d'un masque) ;
- un défaut de préparation cutanée avant une injection.

Quelques exemples jurisprudentiels peuvent être cités :

Un médecin généraliste a été condamné à réparer le préjudice de sa patiente victime d'une infection dans les suites d'une infiltration au poignet, non seulement parce que cette infiltration n'était pas justifiée, mais encore parce qu'il n'a pas pris les précautions pour éviter le risque de contamination (jugement du tribunal de Rouen du 11/12/2009).

Un médecin généraliste a été condamné à réparer le préjudice de sa patiente victime d'une infection dans les suites de soins de mésothérapie pour traiter une cellulite, non seulement, parce qu'il n'a pas informé sa patiente des risques de cette thérapie non justifiée, mais de surcroît, parce qu'il a transmis une maladie nosocomiale en utilisant un matériel stérilisé de manière non conforme aux normes préconisées (jugement du tribunal de Rouen du 11/01/2010).

En sens contraire, une décision du tribunal de grande instance de Marseille du 18/03/2010 n'a pas fait droit à la demande d'indemnisation d'une patiente, qui a contracté une infection nosocomiale dans les suites d'infiltrations aux genoux pratiquées par un rhumatologue en cabinet, au motif que la victime ne rapporte pas la preuve de l'existence d'une faute commise par le praticien lors de la réalisation de ses actes.

2. Accueil et accessibilité au cabinet

Combien de cabinets, surtout ceux qui sont situés dans les grandes villes, se trouvent en étage, parfois sans ascenseur ou avec des ascenseurs si exigus qu'ils ne permettent pas à des patients en fauteuil roulant d'avoir accès à leur médecin.

Pourtant, il existe de nouvelles dispositions modifiant les conditions d'accessibilité des établissements recevant du public.

Depuis le 1^{er} janvier 2007¹¹⁶, tout nouveau cabinet médical ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet médical doit répondre à ces conditions. Dès le 1^{er} janvier 2015, les cabinets médicaux existants devront également être soumis aux obligations d'accessibilité des personnes handicapées. Quelles sont ces conditions ?



L'accès aux handicapés doit être assuré dans tous les cabinets médicaux en janvier 2015 !

116 La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées, a mis en place de nouvelles dispositions modifiant les conditions d'accessibilité des établissements recevant du public aux personnes handicapées. Ainsi, l'article L. 111-7 du Code de la construction et de l'habitation indique : « Les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, qu'ils soient la propriété de personnes privées ou publiques, des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des lieux de travail doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles à tous et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique ». Cette disposition s'applique aux cabinets médicaux qui sont des établissements recevant du public de 5e catégorie.

Des dispositions spécifiques à respecter

L'ordre national des chirurgiens dentistes a réalisé une page spéciale sur son site¹¹⁷ qui fournit 15 réponses pour "préciser ce qu'il faut savoir de la loi en faveur des personnes handicapées, de son application pour les professions médicales libérales ainsi que des éventuelles dérogations qui lui sont prévues". Le texte fournit des réponses adaptées aux questions que se posent les professionnels libéraux.

L'accessibilité des locaux aux handicapés doit être réalisée aussi bien dans les parties intérieures que dans les parties extérieures des établissements. Ainsi, sont également concernés une partie des places de stationnement automobile, les ascenseurs, les locaux et leurs équipements.

Des arrêtés du 1^{er} août 2006 et du 30 novembre 2007 indiquent les aménagements à effectuer. L'article 12 de l'arrêté du 1^{er} août 2006, fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du Code de la construction et de l'habitation relatifs à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création, affirme l'obligation de créer des sanitaires accessibles aux personnes handicapées : « *Chaque niveau accessible, lorsque des sanitaires y sont prévus pour le public, doit comporter au moins un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et comportant un lavabo accessible* ». De même, concernant les escaliers, l'article 7 prévoit que *les escaliers doivent pouvoir être utilisés en sécurité par les personnes handicapées y compris lorsqu'une aide appropriée est nécessaire. La sécurité des personnes doit être assurée par des aménagements ou équipements facilitant notamment le repérage des obstacles et l'équilibre tout au long de l'escalier*. L'article précise ainsi dans son point II, l'obligation qu'une main courante soit installée.

La loi a prévu des dérogations. Tout d'abord, il peut exister une impossibilité technique à la mise aux normes. Il peut s'agir d'une dérogation accordée lorsque le patrimoine architectural doit être conservé. Enfin, la dérogation peut être obtenue s'il existe une disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences.

Dans ces trois cas, la demande de dérogation doit être adressée au Préfet du département. A défaut de réponse par le Préfet dans un délai de trois mois, la dérogation est réputée refusée¹¹⁸.

117 http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=218&tx_ttnews%5BbackPid%5D=4&cHash=730206852d

118 <http://www.macsf.fr/vous-informer/accessibilite-cabinets-medicaux-handicapes.html>

Il n'est pas obligatoire que l'ensemble du cabinet soit adapté. La mise en conformité d'une seule partie du cabinet peut suffire. De même, les établissements créés par changement de destination (local d'habitation transformé totalement ou partiellement en local professionnel), sont également soumis à ces dispositions depuis le 1^{er} janvier 2011.

Ne pas oublier les risques les plus courants pour autant...

Ces dispositions s'ajoutent aux dispositions de bon sens pour réduire le risque d'accidents des patients dans le cabinet : si possible, les sols ne seront pas cirés, les tapis sont retirés, les changements de niveaux par marche devront être évités (préférer les plans inclinés chaque fois que possible), les itinéraires d'entrée et de sortie du cabinet seront correctement indiqués. L'accès au cabinet par le jardin ou la cour doit également être dégagé et être exempt de conditions dangereuses (neige, verglas...).

Les chutes dans l'accès au cabinet du médecin (glissades, chutes dans des escaliers...) représentaient 58 cas de plaintes sur les 1 073 plaintes analysées au Sou Médical en 2009 (portant sur les années 2005 à 2008).

LE POINT DE VUE DU JURISTE

L'accès et l'organisation de l'accueil au cabinet

Selon l'article R. 4127-71 du CSP, « le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours ».



Le cabinet médical est un lieu recevant du public. Les précautions habituelles sont à respecter pour éviter des accidents mettant en cause la responsabilité du médecin !

En cas de chute du patient

Un sol glissant, un éclairage insuffisant, une table d'examen défectueuse ou encore un défaut de surveillance chez un patient fragile, peuvent conduire à la survenue de chutes dont le médecin est souvent jugé responsable. En effet, selon un arrêt de la Cour de cassation du 9 novembre 1999, « le contrat formé entre le patient et son médecin met à la charge de ce dernier une obligation de sécurité de résultats en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical, d'investigation ou de soins, mais encore faut-il que le patient démontre que ces matériels sont à l'origine de son dommage ». Ainsi, en cas de chute d'une table d'examen, si un médecin est bien tenu à une obligation de sécurité de résultat, il appartient toutefois au patient d'apporter la preuve que cette table ou l'inattention fautive du médecin est à l'origine de son dommage. L'exonération pourra être totale ou partielle, si la victime, par son comportement, a concouru à son dommage, par exemple en ne respectant pas les consignes de sécurité données par le médecin ou son personnel. Le médecin doit être particulièrement vigilant en présence de patients sous l'effet d'un médicament, obèses ou particulièrement émotifs, ou devant des sujets âgés, *a fortiori* agités ou confus.

À la suite d'une chute d'une patiente du marchepied d'une table de radiologie, placée en position verticale et contre laquelle elle s'était adossée pendant la prise de cliché de son épaule, la responsabilité du radiologue a été engagée. Dans un arrêt du 17 mars 2011, la Cour de cassation a jugé que cet examen était intervenu dans des conditions habituelles de sécurité et ne nécessitait pas de précautions particulières, peu important que le risque de malaise vagal soit connu dès lors que la survenance en était imprévisible.

Une autre patiente s'est retrouvée en bas de la cave avec son enfant en bas âge en ouvrant la mauvaise porte au bas de la descente du cabinet de consultation. Le médecin a été jugé responsable et condamné.

La prévention des chutes passe par la conscience des dangers : les voies d'accès aux locaux accueillant des malades devront être dégagées, bien éclairées et non glissantes. Les facteurs prédisposant aux chutes devront être évités : parquet ciré, tapis en mauvais état, mobilier instable...

Une table d'examen peut être à l'origine d'accidents : chute du malade en cas de repli brutal d'une partie de la table, pincements ou écrasements des doigts du fait d'un défaut de fixation... Considérée comme un dispositif médical au sens de l'article L. 5211 du CSP, la table d'examen peut donner lieu à des événements indésirables qui doivent être signalés aux autorités sanitaires. L'article L. 5211 qualifie ainsi de dispositif médical tous instruments, équipements, matières ou produits destinés à être utilisés chez l'homme à des fins médicales

ou de diagnostic, dès lors que leur action est mécanique et non pharmacologique ou immunologique, et à l'exception des produits issus du corps humain.

Le médecin devra donc adresser à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, anciennement AFSSAPS) par fax, courrier ou courriel sa déclaration d'incident rédigée sur papier libre, ou la fiche de déclaration téléchargeable sur le site Internet de l'ANSM (<http://ansm.sante.fr/>). Après instruction de la déclaration par l'ANSM, et selon la nature de l'incident, des mesures pourront être prises pour en empêcher le renouvellement, notamment lorsqu'il s'avère qu'un défaut de conception du matériel est à l'origine de l'incident.

Les abords et l'accès au cabinet médical

Les premiers vecteurs d'image d'un praticien sont ses patients. Ils communiquent autour d'eux la satisfaction ou, au contraire, l'insatisfaction qu'ils éprouvent à l'égard du cabinet. La première impression est essentielle : elle se forge au téléphone lors de la prise de rendez-vous et est renforcée ensuite par l'arrivée du patient et l'entrée dans le cabinet.

Une signalétique bien faite est essentielle dans le cabinet

Ainsi faut-il faciliter l'accès au patient, par une signalétique adaptée et conforme aux règles déontologiques (plaque . . .). En cas de difficulté particulière pour accéder au cabinet, il semble indispensable de donner systématiquement au téléphone des indications précises à chaque nouveau patient (interphone, code . . .). Si la disposition des locaux l'impose, une signalisation peut être utile pour diriger efficacement un nouveau patient vers le bon bâtiment dans les cas d'immeubles qui en comportent plusieurs. Les abords du cabinet seront correctement entretenus et éclairés pour éviter des chutes dont le médecin ou sa copropriété pourraient être tenus pour responsables.

Pour des raisons de sécurité, certains immeubles sont fermés, ce qui reste peu compatible avec l'exercice d'une activité libérale et en particulier médicale recevant de la clientèle. Le règlement de copropriété doit donc comporter une clause permettant cet exercice libéral. Les modalités d'ouverture et donc de fermeture doivent ainsi être compatibles avec l'exercice de l'activité médicale : si un patient ne peut accéder au cabinet de son médecin, celui-ci peut être mis en cause pour une éventuelle non-assistance à personne en danger. Un système d'interphone et donc d'ouverture à distance pourra être accepté par un médecin, car l'utilisation d'une clé, d'un badge ou la composition d'un code semblent incompatibles avec la réception d'une clientèle et ne pourront être utilisés que pendant la période durant laquelle l'activité professionnelle est suspendue.

Selon un arrêt de la Cour de cassation du 20 décembre 2005, lorsque le portail piéton reste ouvert de 6 heures à 22 heures, ce qui permet d'accéder librement au cabinet médical installé dans la copropriété dont les heures d'ouverture sont moindres, les périodes de fermeture totale de l'immeuble apparaissent compatibles avec l'activité professionnelle d'un médecin.

L'exercice d'une profession médicale au sein d'une copropriété pourra donc être entrepris sous réserve de ne pas nuire au voisinage (nuisances liées à l'insécurité et au comportement de certains patients). Mais comme l'a rappelé la Cour de cassation, dans un arrêt du 19 novembre 2008, l'autorisation donnée par son bail à un médecin d'exercer sa profession implique le droit d'accueillir tous ses patients. Les voies de fait commises par les patients de ce médecin sur les parties communes de l'immeuble à destination bourgeoise ne sont pas une cause de résiliation de son bail. Un médecin peut difficilement filtrer sa clientèle et être tenu pour responsable du comportement de certains de ses patients : l'hygiène des parties communes était affectée par des détritits, notamment des seringues et elles étaient parfois utilisées comme lieux d'aisance !

La vidéosurveillance

Selon les résultats de l'Observatoire de la sécurité, en 2010, 920 déclarations d'incidents ont été envoyées par des médecins, généralistes ou spécialistes, contre 512 en 2009, soit une augmentation de près de 80 %.

Face à cette insécurité, un système de vidéosurveillance peut être utilisé par un médecin afin de surveiller les allées et venues au sein de son cabinet. Ce système est toutefois encadré par des textes législatifs et réglementaires et le médecin doit aussi tenir compte d'obligations déontologiques et des règles relatives au secret médical.

La demande doit être faite en préfecture : le préfet est tenu de répondre dans un délai maximum de 4 mois. L'autorisation est donnée pour une durée de 5 ans. L'autorisation de la CNIL est nécessaire si les enregistrements vidéo sont reliés de façon automatisée à l'identité des personnes (ex : système de reconnaissance faciale). Les images enregistrées peuvent être légalement conservées pendant 1 mois.

L'existence d'un système de vidéosurveillance au sein du cabinet médical doit donner lieu à une information claire et permanente, par voie d'affichage. Le personnel doit aussi être averti et avoir accepté la mise en place d'un tel dispositif. Les démarches pour la déclaration d'un système de vidéosurveillance peuvent se faire par courrier ou en ligne sur le site Internet du ministère de l'Intérieur.

Le non-respect de ces obligations peut être lourdement sanctionné. Ainsi est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende, le fait de procéder à des enregistrements de vidéosurveillance sans autorisation, de ne pas détruire ces enregistrements dans le délai prévu, de les falsifier, d'entraver l'action de la commission départementale, de faire accéder des personnes non habilitées aux images, d'utiliser les images à d'autres fins que celles pour lesquelles elles sont autorisées.

Dans un arrêt du 11 mai 2011, la Cour de cassation s'est prononcée sur l'installation d'un système de vidéosurveillance : un copropriétaire avait installé, sans autorisation, un système de vidéosurveillance sur son lot privatif. Bien que située dans une partie privative, cette vidéosurveillance était dirigée vers une partie commune, en l'occurrence un chemin d'accès.

Dans son arrêt, la Cour de cassation a condamné ce copropriétaire à retirer ce dispositif qui compromettait le libre exercice des droits des autres copropriétaires sur les parties communes, constituant ainsi un trouble illicite. Ce copropriétaire aurait dû solliciter un vote unanime de sa copropriété avant de procéder à cette installation.

Enfin, le cabinet doit assurer au médecin, à son personnel et aux autres patients, un minimum de sécurité contre le risque d'agression (Voir chapitre 3 – les points de rupture pour la sécurité du patient).

Pour limiter préventivement les risques de malveillance, l'Observatoire pour la sécurité des médecins se propose d'interroger les médecins par les questions suivantes auxquelles les lecteurs sont invités à répondre :

L'accès à votre cabinet est-il totalement libre ou bien filtré par un dispositif technique quelconque ?
Votre cabinet est-il isolé ou intégré dans un ensemble immobilier lui-même sécurisé ?
Les portes et fenêtres sont-elles équipées de façon à résister aux intrusions ?
Disposez-vous d'un dispositif d'alarme ou de télésurveillance ?
Travaillez-vous uniquement sur rendez-vous ?
Disposez-vous d'un coffre sécurisé ?
Quelle est la réputation du quartier où vous êtes installé en matière de sécurité ?
Avez-vous déjà été sensibilisé aux questions de sécurité ?
Avez-vous déjà été personnellement victime d'une agression en raison de l'exercice de votre profession ?
Vos voisins sont-ils vigilants et sensibilisés aux questions de sécurité ?
Vos collaborateurs ont-ils reçu des consignes sur la façon d'agir ou de réagir en cas d'agression ?

En cas d'agression

Un médecin peut aussi être victime d'une agression à son cabinet et amené à déposer plainte¹¹⁹. Les règles d'enregistrement de la plainte sont les mêmes : seules les circonstances peuvent être différentes. L'agresseur peut être un patient dont l'agressivité et le passage à l'acte pourront être en rapport avec le contexte de la consultation : attente trop longue, refus d'arrêt de travail ou de certificat, désaccord sur un traitement. . . Le comportement du médecin peut attiser celui de son patient irascible (énervement, attitude distante voire indifférente, absence d'excuse si retard du médecin. . .). En toutes circonstances, le médecin doit rester calme et courtois et faire preuve de sang-froid.

Les mêmes conseils peuvent être donnés si l'agresseur est un délinquant qui s'est introduit dans le cabinet. L'intégrité physique du médecin doit rester la priorité, ainsi que celle de son personnel et de ses patients s'ils sont présents. Dans certains cabinets situés dans des zones à risques, il conviendra de prévenir le risque d'intrusion malveillante et d'agression et de s'interroger sur le type de comportement à adopter. Selon le guide pratique pour la sécurité

119 Voir chapitre 4

des professionnels de santé¹²⁰, fruit d'une étroite coopération entre le ministère de l'Intérieur, l'Observatoire des violences en milieu hospitalier et les sept Ordres des professions de santé, en cas d'agression, « n'opposez de résistance que pour vous protéger personnellement des violences physiques. Ne soyez pas un obstacle pour le délinquant qui vous menace et ne vous opposez pas à sa fuite. Faites baisser la tension en essayant de dialoguer avec lui. Parlez calmement en respectant le vouvoiement. Tentez de le rassurer. . . ».

En cas de vol, il conviendra de faire l'inventaire de ce qui a été dérobé et de conserver les lieux en l'état pour permettre aux enquêteurs de relever tout indice utile et notamment des empreintes. Si des feuilles de soins ou des ordonnances ont été volées, il faudra en informer son Conseil départemental de l'Ordre et la CPAM.

3. La protection des personnels employés au cabinet : le document unique¹²¹

Le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à *l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs*, prévoit que l'employeur doit rédiger un document unique dans lequel il doit mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs.

Ce décret introduit deux dispositions dans le Code du travail : l'article R. 230-1 oblige à formaliser les résultats de l'évaluation des risques des salariés, et l'article R. 263-1-1 porte sur les sanctions pénales en cas de non-respect de l'article R. 230-1.

Ce document doit être mis à jour régulièrement et lors de toute décision importante d'aménagement modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail (art. L. 236-2), ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque est recueillie. Le document devra être daté et à disposition des salariés, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et des agents de prévention de la Sécurité sociale.

L'obligation de transcription des résultats de l'évaluation des risques incombe à l'employeur, lui seul responsable. Les cabinets médicaux, les cliniques et les hôpitaux sont donc tous concernés. L'employeur peut se faire aider par le médecin du travail.

120 Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de l'Immigration, novembre 2011

121 <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/la-prevention-des-risques,1046.html> (vérifié le 30 mars 2012)

Ce document unique doit contribuer à l'élaboration d'un programme de prévention des risques, afin de réduire et supprimer la majorité des dangers constatés.

La circulaire du 18 avril 2002 a apporté quelques précisions car il n'existe pas de modèle type. Elle ne donne pas de définition mais des indications quant aux objectifs à atteindre, permettant de préciser l'attente réglementaire¹²². Sur un seul support doivent figurer les classements issus de l'analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs : repérer les dangers, analyser et se prononcer sur l'exposition des salariés à ces dangers.

En sa qualité d'employeur, un médecin doit évaluer les risques au sein de son cabinet, pour la sécurité et la santé de ses salariés. Après avoir procédé aux évaluations auxquelles il est tenu, il doit systématiquement reporter tous les résultats obtenus dans le document unique d'évaluation des risques qui est mis à jour chaque année et actualisé, notamment quand sont modifiées les conditions d'hygiène et de sécurité. Le médecin doit afficher dans son cabinet un avis indiquant les modalités d'accès de ses salariés à ce document unique.

Le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques est puni d'une contravention de 5^e classe (amende pouvant aller jusqu'à 3 500 euros).

Le médecin employeur a le choix entre un support écrit et un support numérique. Si le document contient des données personnelles, une déclaration doit être faite auprès de la CNIL. Le document unique doit être mis à jour chaque année, et actualisé quand une décision d'aménagement importante modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail est prise.

Les risques peuvent être des marches mal éclairées, un travail sur ordinateur dans de mauvaises conditions (ergonomie du poste de travail), un environnement mal adapté (éclairage, bruit, ambiance thermique), des contacts avec des patients contagieux, un nettoyage d'instruments à risque...

122 Risques biologiques : risque d'infection, d'intoxication ou d'allergies liés à l'exposition à des agents biologiques. Risques chimiques : risques liés à des produits chimiques. Risques liés aux rayonnements ionisants. Risques de chute et de travail en hauteur. Risques liés à l'utilisation des équipements. Risques liés aux contraintes. Risques liés au bruit. Risques liés à l'éclairage. Risques liés à la température, à l'hygrométrie et à la qualité de l'air. Risques liés à l'électricité. Risques d'incendie ou d'explosion. Risques liés à des interventions extérieures : lors de l'intervention d'une entreprise extérieure qui doit être informée des caractéristiques spécifiques du cabinet. Risques liés à des déplacements extérieurs dans le cas de missions extérieures. Risques liés à l'organisation du travail. Risques liés à l'organisation des secours.

Les résultats de l'évaluation des risques professionnels doivent être transcrits dans le **document unique**¹²³ élaboré avec le personnel, mis à leur disposition et à la disposition du médecin du travail et de l'inspecteur du travail.

Chaque risque est analysé avec une matrice prenant en compte la fréquence et la gravité ; des solutions doivent être recherchées pour tous les risques repérés.

123 Un bon exemple pour un cabinet dentaire : <http://www.dentalgest.com/index.php/obligations/les-risques-professionnels/le-document-unique.html>

7

Communications avec les confrères et l'hôpital

1. Les lettres écrites par les généralistes

M. Albert V., porteur d'une bactérie multirésistante (BMR) retourne à son domicile après un traitement intensif à l'hôpital. Il est pris en charge par l'HAD. Quelques jours après son retour à domicile, il fait un épisode infectieux et il est vu par le médecin de garde qui ne le connaît pas. Une hospitalisation est demandée mais la lettre du médecin ne comporte pas la notion de BMR ni les précautions à prendre. M. V. arrive dans le service d'urgence où il reste 8 heures. Durant ces 8 heures, une soixantaine de personnes ont été en contact avec lui.

Les demandes d'hospitalisations se font assez souvent à partir du domicile du patient. Or, les lettres de demande d'avis ne réunissent pas tous les critères de qualité nécessaires à un bon passage de relais entre médecins généralistes et médecins de deuxième recours. Une thèse de doctorat en médecine¹²⁴ montre toute l'insuffisance de qualité de ces courriers.



**La qualité des courriers envoyés par les médecins généralistes
à leurs correspondants en ville ou à l'hôpital pourrait être améliorée !**

¹²⁴ Thomas Cartier (2010) Les lettres adressées par des généralistes vers les spécialistes : analyse de la littérature internationale. Thèse pour le doctorat en médecine, Université Paris Diderot

	Moyenne de présence du critère (%)	Nombre d'études analysables
ATCD personnels	43,68 %	14
Apport attendu du spécialiste	48,40 %	3
Contexte psychosocial	37,77 %	10
Diagnostic posé par le MG	64,50 %	19
Examen clinique	35,72 %	14
Examens complémentaires réalisés	25,87 %	18
Histoire de la maladie	68,71 %	16
Motif de demande d'avis	81,60 %	22
Nom du MG	100 %	1
Position dans l'histoire	41,13 %	4
Traitement en cours	50,10 %	20

2. Les relations avec les confrères

Les relations conflictuelles avec les collègues et spécialistes libéraux ne sont pas rares. Plusieurs études internationales¹²⁵ montrent que le risque de ces conflits pour le patient n'est pas négligeable (protections excessives, demande d'avis retardé ou mal géré, résultat mal pris en compte faute de confiance suffisante). Les réseaux collaboratifs, quand ils sont bien installés localement, sont efficaces pour réduire ces risques¹²⁶.

Au printemps 2008, les trois quarts du corps médical libéral français déclarent avoir des difficultés dans les relations avec les partenaires¹²⁷.

L'hôpital est source de difficultés pour 17 % des généralistes et jusqu'à 29 % des spécialistes.

En comparant les données des deux investigations, on constate dans l'ensemble une tendance à l'apaisement des tensions en médecine générale alors que dans les spécialités, le climat conflictuel ou préconflictuel, s'est alourdi. Plus de la moitié (54 %) des généralistes se plaignent des exigences des patients, et le chiffre est encore plus fort chez les spécialistes libéraux (45 % en 2005, 71 % 3 ans plus tard en 2008).

Les problèmes avec l'Assurance-maladie affectent 26 % des généralistes et 38 % des spécialistes en 2008. Les difficultés avec l'hôpital, elles, sont multipliées par 2 (de 16 % à 29 %). Les cliniques et les autres confrères sont moins cités (moins d'un médecin sur 10). Dans l'ensemble, bien que

125 Foy R, Hempel S, Rubenstein L, et al. (2010) Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Int Med* 152: 247-58

126 Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, et al. (2008). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *MJA* 188: S65-8

127 Dang Ha Doan B, Levy D, Teitelbaum J, Allemand H (2009) Les difficultés dans les relations. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 49: 30-40

les spécialistes voient en moyenne moins de malades que les généralistes, ils sont plus souvent confrontés aux difficultés relationnelles.



Le système médical français est un système compétitif générant régulièrement des difficultés de relations interprofessionnelles.

La densité médicale dans le secteur d'activité, source *a priori* de concurrence, a souvent été évoquée comme facteur de risque de conflit. L'étude déjà citée plus haut (Dang Ha Doan) a essayé de répondre en liant le ressenti de charge de travail au nombre de confrères exerçant dans le même secteur. Au début de 2008, sur 100 praticiens libéraux, 52 estimaient avoir une charge de travail « normale » et 44 pensaient être en situation de surcharge. Seuls 2 % des enquêtés déclaraient qu'ils n'avaient pas assez de travail et 2 % ne répondaient pas à la question. La proportion de ceux qui n'avaient pas assez de travail s'élève à 10 % parmi les jeunes en début d'installation. Même à ce niveau, elle est sans doute plus faible que le même chiffre des années 1960 ou 1970. L'enquête montre que sur 100 médecins libéraux, 62 estiment que le nombre de confrères dans le secteur géographique est adéquat, 9 sont d'avis qu'il est trop élevé, et 26 seulement pensent que leur secteur manque de médecins, 3 % des enquêtés ne donnant pas leur avis.

À certains égards ces chiffres sont intéressants, parce qu'ils sont collectés précisément au moment où tous les acteurs s'accordent sur une pénurie générale de médecins. Les avis varient évidemment selon la catégorie d'enquêtés, mais ces variations ne concordent pas toujours avec le « bon sens » communément admis.

Ainsi, les spécialistes se plaignent plus que les généralistes à propos de la surcharge de travail, mais, contre toute attente, ils sont nettement moins nombreux à dénoncer la démographie médicale insuffisante de leur secteur géographique. Des divergences de ce type sont aussi observées entre les médecins hommes et leurs consœurs.

La gestion des relations s'exerce aussi dans un réseau de proximité avec les officines

Un médecin prescrit de la Quinine® à une dose classique chez un patient de 51 ans présentant un accès palustre après un séjour au Cameroun. En raison d'une rupture de stock et d'une ambiguïté d'écriture de l'ordonnance, substitution par le pharmacien par de la Nivaquine® à une dose 3 fois supérieure à celle préconisée. Dix jours plus tard, survenue d'un épisode confu-

sionnel en rapport avec une hypoxie secondaire à une pneumopathie infectieuse bilatérale. Évolution favorable sous antibiothérapie. C'est le médecin qui a été assigné pour surdosage thérapeutique.

De nombreuses erreurs pourraient être évitées dans les deux sens avec une collaboration renforcée et plus naturelle entre les officines. Le dossier pharmaceutique¹²⁸ (DP) se généralise progressivement. Il retient et analyse automatiquement la cohérence de toutes les prescriptions réalisées (en soins primaires uniquement pour le moment) dans les mois passés. Il s'agit sûrement d'un outil qui permettra de limiter les risques à l'avenir : détection des patients nomades utilisant de multiples médecins pour prescrire les mêmes molécules et détection (en théorie) de toutes les incompatibilités et erreurs de dose en rapport avec la connaissance des éléments caractérisant le patient et de la délivrance concrète des médicaments à l'officine (intégré *via* le code-barres des boîtes).

3. La gestion des courriers de retour

Problème abordé au chapitre 5.

4. La gestion des consignes au cabinet pour les internes et les remplaçants

Une patiente de 89 ans retourne à son domicile après la prise en charge d'une fracture du col fémoral le 18 juillet. Elle reçoit par ailleurs un anticoagulant (Previscan®) qu'elle prend depuis 5 ans pour une fibrillation auriculaire. Avant son hospitalisation, son traitement était bien équilibré avec une dose de 1 comprimé par jour. Le traitement associe également plusieurs médicaments pour une cardiopathie hypertensive et ischémique, et un antidiabétique. Lors de la visite au domicile du 20 juillet, le médecin traitant a connaissance du dernier INR du 26 mai (1,13), augmente la dose à 1,5 comprimé et prévoit un contrôle de l'INR régulier tous les 15 jours pendant 6 mois. L'INR du 28 juillet est à 8,74. Une conversation téléphonique entre le médecin généraliste et la patiente a lieu le jour des résultats et le médecin généraliste prescrit, lors d'une nouvelle

128 <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique>

visite à domicile, l'arrêt du Previscan® pour le jour même et le lendemain, puis la reprise du traitement à la dose de 1 comprimé. Il recommande un nouveau dosage d'INR une semaine plus tard. La patiente vit avec une de ses filles sourde et muette, et une aidante vient en renfort pour la préparation des repas et les tâches ménagères. D'après l'une des filles, cette personne allait chercher les médicaments et les préparait dans un pilulier.

Le médecin part en vacances le 30 juillet et son remplaçant revoit la patiente en consultation le 3 août. Celui-ci, sans avoir vu les résultats récents d'INR pour établir sa prescription (qu'il dit introuvable), renouvelle le Previscan® à la dose de 1 comprimé et demi par jour, la patiente ne disposant plus de médicament selon ses dires. En fait, le dosage de l'INR demandé le 20 juillet après le résultat anormal du 18 juillet n'a jamais été fait à cette date ni ensuite par la patiente. Le remplaçant prévoit un nouvel INR 15 jours plus tard. Le 9 août, la patiente présente des épistaxis (INR à 10) et est hospitalisée dans un tableau d'hémorragie digestive responsable d'une anémie aiguë ; elle décède en cours d'hospitalisation.

La médecine générale se transforme rapidement dans son fonctionnement. Les cabinets de groupe et les maisons de santé pluridisciplinaires, toujours plus nombreux, proposent une offre de soins croissante, brouillant partiellement et sans le dire explicitement, les frontières du médecin traitant unique. Le patient est en quelque sorte collectivisé : il peut venir à toute heure ouvrable six jours sur sept et trouver un médecin qui possède son dossier, mais ce n'est pas toujours son médecin traitant déclaré.

Cette « collectivisation » du patient trouve aussi une existence dans des remplacements plus fréquents, souvent effectués par un même médecin au point de devenir familier de la patientèle, et par la présence d'internes en médecine générale, consultant au cabinet en partielle alternative au médecin durant tout un semestre.

C'est ainsi que depuis la mise en place du DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale, les internes peuvent exercer au cabinet des généralistes ayant le titre de « maîtres de stage des universités » (MSU) en autonomie complète. Une supervision étroite des dossiers de patients vus par l'interne à la fin de la journée doit être effectuée par les MSU. Or, cette supervision n'a pas toujours la qualité requise et le risque de survenue d'erreur n'est pas nul, comme le montre l'enquête nationale réalisée tous les ans depuis cinq ans auprès des étudiants en médecine en formation au Royaume-Uni¹²⁹.

Ces transformations ont des avantages, mais sont clairement porteuses de risques si la coordination entre ces différents acteurs n'est pas parfaite.

129 <http://gmc-onlineeducationreports.org>

Le dossier du patient est une des clés de la bonne coordination, mais il n'épuise pas toutes les actions à conduire. L'oral et le partage informel de connaissances sont également très importants ainsi qu'une connaissance raisonnable du style de chacun, pour reprendre ses patients sans se mettre dans des risques d'implicites trop grandes sources d'erreurs.

La coopération ne s'arrête évidemment pas aux seuls médecins ; l'articulation avec les soignants est stratégique et tout aussi fragile de nos jours. Les nouveaux décrets sur la délégation de tâches et les protocoles (article 51 de la loi HPST) vont encore accentuer les risques en la matière.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Secret médical : quelques rappels

Comme le précise l'article R. 4127-4 du CSP, le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le médecin, mais également son personnel sont tenus au secret : le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment, et il doit disposer d'une installation convenable, de locaux adéquats, pour permettre le respect de ce secret.

La violation du secret médical par un médecin généraliste peut entraîner des sanctions pénales, civiles et ordinaires.

C'est souvent en matière de certificat qu'un médecin peut être accusé de violation du secret médical : exemple du médecin qui remet à l'ex-épouse de son patient un certificat faisant état des troubles psychologiques dont le patient était atteint afin de limiter son droit de visite à l'égard de ses enfants, pour les protéger d'un éventuel danger.

Autre exemple ayant donné lieu à une décision de l'Ordre : un médecin généraliste avait emporté à son domicile personnel le dossier médical de l'une de ses patientes qu'elle suivait notamment pour une exogénose. En son absence, le mari de ce médecin a pris connaissance de ce dossier et a eu à plusieurs reprises des contacts téléphoniques avec cette patiente au cours desquels il l'a, notamment, informée de la volonté de sa mère de la faire interner, et lui a offert son aide pour qu'elle s'y oppose, ajoutant que si elle buvait un petit peu, ce n'était pas grave. Devant ces faits pour le moins regrettables, une plainte a été déposée devant le Conseil de l'Ordre. Dans une décision du 4 janvier 2008, la chambre disciplinaire de première

instance de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine a infligé à ce médecin généraliste la peine de l'interdiction temporaire d'exercer la médecine avec sursis pendant une durée de 1 mois.

Pour l'Ordre, en laissant le dossier médical de cette patiente à la libre disposition de son mari, le Dr F. a manqué aux obligations de secret professionnel auxquelles elle est tenue en vertu des dispositions du CSP. Que cette infraction déontologique constitue une faute disciplinaire. Que la circonstance que le mari du Dr F. serait atteint d'invalidité, d'une atrophie cérébrale et d'une dépendance à l'alcool n'est pas de nature à atténuer la faute du praticien poursuivi qui justifie que lui soit infligée, dans les circonstances de cette affaire, la peine disciplinaire de l'interdiction temporaire de 1 mois, avec sursis, de l'exercice de la médecine.

D'une manière générale, un médecin se doit de refuser de communiquer des informations sur l'un de ses patients à des tiers. Il doit toujours agir avec prudence en se posant les questions :

- Que puis-je dire ?
- Que dois-je taire ?
- Quel est l'intérêt réel de mon patient ?

5. La sortie de l'hôpital

Les retours à domicile à partir de l'hôpital sont une source classique de risques¹³⁰. On sait qu'ils ne permettent pas une bonne prise de relais par le médecin traitant, et les pratiques françaises sont comparables à celles des autres pays occidentaux. L'enquête téléphonique réalisée entre mars et mai 2008 par Harris Interactive dans huit pays (Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis) avec *The Center for Quality of Care Research in the Netherlands*, a montré qu'il existe de nombreux problèmes de coordination entre les médecins, et surtout des risques importants de rupture de prise en charge au moment de la sortie du patient de l'hôpital¹³¹. L'enquête¹³² a été reproduite en 2011 sans mettre en évidence de changements majeurs.

Une revue de questions internationale de 2007¹³³ analyse la pertinence des informations transmises (lettres adressées au généraliste), le temps mis à recevoir ces lettres et le degré de satisfaction du généraliste à la réception

130 Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. (2004) Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 170: 345-9

131 Schoen C, Osborn R. The Commonwealth Fund 2008 International Health Policy Survey in Eight Countries

132 Schoen C, Osborn R, Squirres D, et al. (2011) New 2011 Survey of Patients with Complex Care Needs in Eleven Countries. The Commonwealth Fund

133 Kripalani S, Le Fevre F, Phillips CO et al. (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297: 831-41

de l'information. Le contact téléphonique ou physique direct à la sortie du patient entre médecin de l'hôpital et généraliste reste marginal (3 à 20 % des cas). Le généraliste ne dispose de la lettre de l'hôpital à la première visite du patient après sa sortie que dans 12 à 34 % des cas, et ne possède cette lettre 4 semaines après la sortie que dans 51 à 77 % des cas. Quand la lettre arrive, il manque souvent les résultats et la nature précise des tests faits à l'hôpital (33 à 63 %), les prescriptions faites au patient (2 à 40 %), et les conseils donnés au patient sur les soins de suite. Enfin, 25 % des actes réalisés par le généraliste dans ces conditions ne sont pas optimaux. Les conseils sont ainsi très souvent inadaptés faute d'information.



La mauvaise coordination entre hôpital et généraliste est une source majeure d'événements indésirables !

Les erreurs sont évidemment à la hauteur de ces dysfonctionnements répétés. Une enquête réalisée en Hollande en 2008¹³⁴ par questionnaire des patients 4 semaines après leur sortie de l'hôpital montre que la survenue d'événements indésirables pendant le séjour hospitalier, ainsi que les chirurgies complexes et lourdes, augmentent significativement le risque d'avoir un autre problème indésirable dans les suites à domicile à charge du médecin généraliste.

Ces chiffres sont régulièrement retrouvés dans la littérature et persistent même avec les efforts produits, par exemple en France, par la démarche qualité dans les hôpitaux imposant un délai de 8 jours maximum pour envoyer la lettre de sortie. Souvent, le délai est correct d'un point de vue médical, mais les temps administratifs et postaux peuvent doubler ou tripler la valeur annoncée.

D'une manière générale, quand un patient sort de l'hôpital et rentre chez lui, il a souvent un nouveau traitement auquel il n'est pas habitué et il risque de ne pas être aussi vigilant que dans la gestion de médicaments familiers. Sécuriser la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins porte le nom anglais de *medication reconciliation* qu'on peut traduire par « conciliation médicamenteuse ». Dans l'étude de Vira¹³⁵, on note que pour 60 % des patients admis en urgence dans un hôpital il existe au moins une discordance (non voulue) entre ce que le

134 Marang-van de Mheen PJ, van Duijn-Bakker N, Kievit J (2008) Adverse outcomes after discharge: occurrence, treatment and determinants. *Qual Saf Health Care* 17: 47-52

135 Vira T, Colquhoun M, Etchells E (2006) Reconcilable differences: correcting medications errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care* 15: 122-6

patient prenait à son domicile et la prescription faite à l'admission. Dans 18 % des cas au moins, cette discordance pouvait entraîner un retentissement clinique important.

Plus de 50 % des patients ont une mauvaise prise en compte des médicaments prescrits par leurs généralistes¹³⁶ lorsqu'ils entrent à l'hôpital, et l'erreur la plus commune (46,4 % des cas) concerne l'omission d'un médicament utilisé régulièrement par le patient.

De façon symétrique, 10 % à 20 % des patients ont le même problème (non-adéquation totale entre l'ordonnance de sortie et les médicaments réellement pris) dans les 3 semaines qui suivent la sortie de l'hôpital^{137,138}, et les chiffres sont encore plus élevés avec les patients âgés¹³⁹. Les cinq classes les plus souvent en cause sont les anticoagulants, les diurétiques, les hypolipémiants, les antihypertenseurs et les antiulcéreux.

Mais cette haute fréquence des événements indésirables liés aux médicaments ne doit pas masquer l'existence d'événements encore plus graves, bien que moins fréquents, qui concernent notamment les examens prescrits à l'hôpital et qui ne seront jamais exploités car leur résultat arrive après le départ du patient. Aux États-Unis, près de 20 % des patients de Medicare sont réhospitalisés dans les 30 jours après leur retour à domicile, en grande partie à cause de ces sorties mal contrôlées.

Au total, la sortie de l'hôpital est une source considérable d'erreurs passives ou actives se répercutant sur les généralistes. Onze pistes d'efforts¹⁴⁰ pour les hospitaliers ont été recommandées pour changer cette situation, mais bien peu sont encore effectives :

1. Identifier clairement la ou les personnes qui vont prendre en charge la sortie du patient.
2. Envisager le processus de sortie bien avant la fin du séjour.
3. Écrire la lettre de sortie pour le généraliste progressivement, pendant le séjour, et évidemment contrôler et actualiser le contenu jusqu'au jour de la sortie.

136 Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. (2005) Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 165: 424-9

137 Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ (2005) Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med* 165: 1842-7

138 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. (2003) The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 138: 161-7

139 Cumbler E, Carter J, Kutner J (2008) Failure at the transition of care: challenges in the discharge of the vulnerable elderly patient. *J Hosp Med* 3: 349-52

140 Greenwald JL, Denham CR, Jack BW (2007) The hospital discharge: a review of high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *J Patient Saf* 3: 97-106

4. Informer le généraliste de la sortie du patient avant que celui-ci ne quitte l'établissement.
5. Donner au patient le double de la lettre destinée au généraliste.
6. Former le patient au retour à domicile.
7. Indiquer clairement ce qui est attendu en termes de traitements, de régime, de contre-indications de style de vie.
8. Lui remettre une lettre récapitulative pour lui avec des informations claires sur ce qu'il doit faire.
9. Renforcer toutes ces actions pour les patients à risques et mettre en place un suivi spécifique pour eux.
10. Prêter encore plus d'attention au retour à domicile en cas de chirurgie ambulatoire.
11. Mesurer l'efficacité de ces procédures, en réinterrogeant patients et médecins généralistes à distance.

Une des raisons de la lenteur des progrès provient sans doute du fait que les professionnels raisonnent en termes de fautes individuelles. Dans ces conditions, il est logique de croire que les progrès dépendront uniquement d'efforts individuels, alors que la solution ne peut réellement venir que d'une transformation profonde de l'organisation des liens entre soins primaires et secondaires. Il est nécessaire de casser les chapelles et les barrières actuelles pour créer une véritable logique de parcours coordonné¹⁴¹.

Comment améliorer la collaboration hôpital-ville ?

La province d'Ontario¹⁴² a proposé un plan directeur d'amélioration de la collaboration des soins en quatre points :

- Construire l'assise : ce processus de construction commence par le système d'éducation qui doit préparer les soignants actuels et futurs à travailler au sein de modèles de collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Les nouveaux soignants qui se joignent au système devraient être formés à la prestation de soins dans un milieu axé sur la collaboration, et les étudiants devraient être encouragés à adhérer à leur association interprofessionnelle locale d'étudiants en sciences de la santé. Les éducateurs des universités et des collèges doivent intégrer

141 Muecke S, Kalucy E, McIntyre E (2010) Continuity and safety in care transitions: communications at the hospital/community care interface. Australian RESEARCH ROUNDup. Issue 11. Consultable au: http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/news_8330.pdf

142 Collaboration interprofessionnelle en soins de santé: un plan interrégional, Ontario, juillet 2007 <http://www.professionssanteontario.ca/upload/fr/whatishfo/ipcproject/hfo%20ipscs%20final%20report%20french.pdf>

la formation interprofessionnelle aux programmes d'études actuels ou en élaborer de nouveaux. Des programmes de perfectionnement professionnel relatifs à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé devraient être offerts, afin d'assurer le maintien des compétences une fois les soignants sur le marché du travail.

- Partager la responsabilité : les professions doivent réévaluer leurs normes de pratique en vue d'y intégrer des démarches axées sur la collaboration et le travail d'équipe en matière de soins. Elles devraient exercer toutes les activités autorisées dans le cadre de leur champ d'exercice, en assurant la sécurité des soins. Les syndicats et les gestionnaires devraient être ouverts à l'intégration des concepts liés à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé dans les conventions collectives.
- Mettre en place des instruments d'habilitation systémiques : les lois et l'assurance responsabilité de tous les soignants doivent être revues, et une attention particulière doit être portée à la signification de « responsabilité professionnelle » au sein de structures axées sur le travail d'équipe.
- Opérer un changement de culture durable : les responsables des politiques doivent chercher des façons d'intégrer la collaboration interprofessionnelle en soins de santé aux stratégies actuelles. Les systèmes de financement devraient être structurés, de façon à promouvoir l'adoption de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé.

8

Relations avec les patients

« Les relations sont constituées des interactions entre des individus dans divers contextes et environnements »¹⁴³

Quizz

Pensez-vous qu'il existe des patients impossibles à prendre en charge du fait de leur caractère? Oui ☒ Non ☒

La relation médecin-patient est à la base de la relation thérapeutique. Les outils de communication indispensables à cette relation sont peu enseignés et peu connus des professionnels¹⁴⁴. La relation très particulière qui se noue entre un patient et son médecin peut être à la base de malentendus voire de conflits pouvant induire des erreurs médicales.

L'objectif de ce chapitre est de faire prendre conscience au médecin des pièges de la relation médecin-patient et des précautions à prendre pour les éviter.

Parler de la relation médecin-patient, c'est bien sûr parler de la rencontre entre deux individus, mais avec en plus la dimension donnée par la souffrance, l'angoisse, la peur liées à la maladie. Le patient qui vient demander une explication, un conseil, une aide à son médecin, réagit à sa maladie en fonction des traits particuliers de l'organisation de sa personnalité. Inversement, les pratiques professionnelles du médecin s'intègrent dans sa personnalité globale et sont sous-tendues par son histoire personnelle. Michael Balint¹⁴⁵ a bien décrit ce qui se passe autour de cette relation

143 Richard C, Lussier MT (2005). La communication professionnelle en santé. ERPI- Saint Laurent (Québec).

144 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Radcliffe Medical Press, 1998, reprinted 1999.

145 Michael Balint (2003) Le médecin, son malade et la maladie. Payot.

et a été à l'origine de la création des groupes Balint¹⁴⁶, qui permettent à des médecins volontaires, sous la supervision d'un psychanalyste, de comprendre et de réguler cette relation. Pour Balint, le médecin est en lui-même un remède, de sorte que la maîtrise de la relation est une condition importante de l'action thérapeutique.

Nous n'envisagerons pas les caractéristiques de cette relation et nous renvoyons le lecteur aux ouvrages de Balint. En revanche, c'est la perception par un médecin que la relation qu'il noue avec un patient est différente de celle qu'il a habituellement qui va nous intéresser dans ce chapitre. Pourquoi cette relation est-elle très (trop) affective dans le sens où le patient est vu avec trop d'irritation ou... trop de plaisir.

Ces difficultés relationnelles se déclinent en fait en deux catégories bien différentes en volume :

- d'une part, les patients avec qui on a des conflits relationnels évidents. Ces patients représentent 5 à 15 % de la patientèle¹⁴⁷ ;
- et, d'autre part, les patients non observants, de loin les plus fréquents, 30 à 50 % de la patientèle en médecine de ville^{148,149}, pour lesquels en première analyse le problème n'apparaît pas comme un problème relevant de ce chapitre, mais qui relève bien en grande partie au moins d'une difficulté de la relation médecin-patient, la non-observance étant le symptôme de la relation difficile.

1. Les patients perçus comme conflictuels

Pierre C. est votre patient depuis 4 ans. Cadre de banque approchant la soixantaine, en léger surpoids, il a un diabète débutant depuis 2 ans, traité par régime et metformine, une hypertension modérée, bien maîtrisée sous Cotareg® et une vie sans doute trop sédentaire. Mais Pierre est toujours très inquiet et vous le voyez revenir, de consultation en consultation, sans réel plaisir. À chaque fois, il vous présente de nouvelles plaintes : fatigue, troubles digestifs, douleurs diverses. Tout ou presque a été réalisé comme examens complémentaires sur une

¹⁴⁶ www.balint-smb-france.org

¹⁴⁷ Un très beau site anglais (2009), utilisé largement dans cet article, donne de nombreuses précisions sur ces fréquences : <http://www.patient.co.uk/doctor/Difficult-Patients.htm>.

¹⁴⁸ Barber N (2002) Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care* 11: 81-4.

¹⁴⁹ Gérard Reach, La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. John LibbeyEurotext. Médecine. Volume 2, Numéro 9, Novembre 2006.

période de 2 ans, mais Pierre vous demande constamment de nouveaux examens (« ce sera le dernier, pour me rassurer totalement ») : dosage du PSA, scanner, consultation chez le cardiologue. . . À chaque fois, vous vous dites qu'il faudrait refuser, mais vous savez qu'un refus de votre part va générer une longue discussion pour expliquer votre refus. Bref, Pierre alourdit votre consultation et vous êtes content quand il s'en va ; le plus vite devient le mieux, et d'ailleurs votre examen physique et vos notes dans son dossier médical sont de plus en plus laconiques.

Vous n'aviez plus vu Pierre depuis 4 mois. La semaine dernière, Pierre est revenu et vous a donné une lettre et un compte rendu d'hospitalisation : il est très amaigri ; on l'a opéré en urgence il y a 18 jours d'une occlusion en lui retirant une tumeur colique de l'angle droit. . . Il doit commencer une cure complémentaire de chimiothérapie.

Intérieurement, vous vous sentez coupable. Vous n'avez sans doute pas su gérer au mieux ce patient qui vous a tant agacé.

Pierre C. est ce que l'on appelle un patient difficile ou difficile à aider ; les Anglais parlent de *heartsink patient*¹⁵⁰. Il ne reflète qu'une catégorie particulière dans une longue liste de possibles.

Gerrard et Riddell, deux médecins généralistes londoniens, ont publié en 1988 un article¹⁵¹ dans lequel ils proposent une première typologie des patients difficiles. Dix catégories sont identifiées :

1. les patients qui bloquent toute initiative du médecin ;
2. ceux pour lesquels il est impossible de trouver des solutions parce que leurs problèmes sont inextricablement liés à ceux de leur famille ;
3. ceux qui veulent prouver aux médecins qu'ils ont tort ;
4. ceux pour lesquels les médecins sont émotionnellement liés ;
5. les patients qui ont des différences culturelles et des attentes différentes de celles de leur médecin ;
6. les patients dont la maladie est en rapport avec des inégalités sociales et pour lesquelles le médecin n'a aucun levier ;
7. ceux présentant des pathologies complexes ;
8. les patients qui ont des liens familiaux ou professionnels forts avec le milieu médical ;
9. les patients manipulateurs ;
10. les patients qui ont un secret de famille et pour lesquels la clé de la guérison manque.

150 Grant Barret (2006) The Official Dictionary of unofficial English. The McGraw-Hill Companies.

151 Gerrard TJ, Riddell JD (1988) Difficult patients: black holes and secrets. BMJ 297: 530-2.

Dans chaque catégorie, les auteurs proposent des attitudes à privilégier. D'autres aspects du conflit dans la relation médecin-patient peuvent se surajouter à cette liste. Le conflit peut surgir par la trop grande proximité, qu'il s'agisse de l'intime physique ou relationnel. On décrit notamment le moins bon interrogatoire, le moins bon examen, évidemment encore plus patent quand il existe des problèmes d'hygiène.

L'hygiène n'est pas la seule dimension de la relation difficile. L'intimité physique (proximité physique, nudité du corps) et psychique (pensées et sentiments intimes du patient livrés au cours de la discussion) sont d'autres portes d'entrées potentielles annonciatrices de difficultés immédiates ou ultérieures si l'on n'y prend pas garde. Dans un article paru dans *Le Clinicien* en 2003¹⁵², des auteurs canadiens proposent quatre cas cliniques qui peuvent entraîner des dérives médicales. Ces cas concernent le traitement d'un proche, l'invitation par un(e) patient(e) à aller déjeuner ensemble, les petits cadeaux faits par les patients et l'annonce d'un don important par un patient âgé en fin de vie qui déclare être satisfait de l'aide que son médecin lui a prodiguée.

Les auteurs proposent dans les cas difficiles de se poser la question suivante: « Est-ce que c'est par mon rôle de médecin que je bénéficie de cette occasion ? » Si la réponse est oui, il y a un risque.



Il n'y a pas de patients difficiles, il n'y a que des relations médecins-patients difficiles !

Quelques attitudes inappropriées

D'une manière générale, les médecins ne se privent pas d'utiliser pour ce type de patients des termes à connotations négatives. Il n'est pas loin le temps où le médecin inscrivait dans son dossier (qui était alors à son strict usage personnel) des remarques désobligeantes envers tel ou tel de ces patients. Mais les choses changent. D'une part parce que l'on connaît mieux les caractéristiques psychologiques de ces patients et que l'on a pris conscience que derrière les difficultés de prise en charge se cachent des demandes sérieuses qu'il faut prendre en compte. D'autre part, avec l'évolution du dossier médical qui devient la propriété du patient, il n'est plus possible d'utiliser des termes subjectifs dont le patient aura tôt ou tard connaissance. Enfin, les médecins ont appris que l'ancien paternalisme médical a vite fait de remonter à la surface et que derrière un patient

152 Boulé R, Girard G. (2003) L'intimité dans la relation patient-médecin. *Le Clinicien*; 18:115-23.

difficile se cache un médecin qui veut garder le contrôle et, disons-le, le pouvoir. Les patients difficiles pour certains médecins ne sont pas les mêmes pour d'autres.

Il n'en reste pas moins que ce type de patients peut induire des émotions négatives chez le médecin, avec le risque de mal prendre en charge des pathologies réelles et de survenue d'événements indésirables.

Les premiers travaux portant sur ce type de patients remontent aux années 1970 ; ils parlent de patients détestables (*hateful patients*) : trop dépendants, trop râleurs, trop hypochondriaques, trop autodestructeurs et non-observants.

Une enquête¹⁵³ réalisée entre octobre 2002 et juin 2003 auprès de médecins de famille et d'internistes de cinq régions des États-Unis a montré qu'un patient sur six était considéré comme difficile, ce qui rendait les consultations compliquées, longues et non satisfaisantes sur un plan professionnel mais également personnel.

Faustino R. Pérez-Lopez, un gynécologue obstétricien de Saragosse (Espagne)¹⁵⁴ identifie des facteurs propres au patient, mais également des facteurs propres au professionnel et des facteurs en rapport avec la situation de la rencontre clinique. Il envisage également le cas des patients qui présentent des symptômes médicalement inexpliqués et les retards diagnostiques. Il met en avant les sentiments négatifs chez le médecin résultant d'interactions entre deux individualités. Inversement, les patients pensent parfois qu'ils se trouvent en face d'un médecin difficile, et n'ont pas suffisamment confiance pour partager avec lui des informations qui peuvent être importantes.

Sa conclusion est que les étudiants en médecine devraient connaître les outils appropriés pour prendre correctement en charge des patients, afin de prévenir les rencontres difficiles. L'empathie, l'écoute, la discussion sont des éléments clés d'une bonne relation entre le médecin et son patient. Il n'existe pas de patients difficiles mais des rencontres qui sont parfois difficiles.

Dans la relation médecin-patient, il existe également un autre sujet, source de conflit, d'incompréhension ou d'erreur, celui de l'information

153 Linzer M, Manwell LB, Mundt M, et al. (2005) Organizational climate, stress, and errors in primary care: The MEMO study. In: *Advances in patient safety: For research to implementation*. Rockville? Agency for Healthcare Research and Quality: 65-7. AHRQ publication 050021 (1). <http://www.ahrq.gov/qual/advances/>

154 Pérez-Lopez FR (2011) Difficult («heartsink») patients and clinical communication difficulties. *Patient Intelligence* 31: 1-9.

donnée au patient. Dans un texte intéressant¹⁵⁵ consacré à l'analyse d'un livre¹⁵⁶ sur la relation médecins-malades, l'auteur, un professeur de droit public, identifie trois éléments clés de cette relation : le discours médical qui repose sur des croyances (comme par exemple « informer, c'est répondre à une demande, autrement dit, s'il n'y a pas de demande, il n'y a pas d'information à donner), le discours des patients (qui intériorisent leur rôle social de patient passif) et les malentendus nombreux dans les termes utilisés (immunodépression pour le médecin = dépression pour le patient). Ce point sera revu plus longuement dans le chapitre 9.

Quelles conséquences ?

Décider de prendre à bras-le-corps les patients considérés comme difficiles peut être un moyen de rendre ces patients moins difficiles¹⁵⁷. Ces patients difficiles ne sont pas seulement problématiques pour les relations humaines, ils sont aussi le révélateur ou l'accélérateur de risques supplémentaires dans leur prise en charge. Ces patients sont une source accrue d'erreurs.

Que faire ?

Dans la pratique, le médecin doit savoir se poser les bonnes questions ; on peut retenir neuf conseils :

- tenir un cahier de notes dans lequel le médecin consigne les comportements douteux qu'il peut avoir lui-même vis-à-vis des patients ;
- mettre à jour une liste des patients redoutés et donner des exemples de leur comportement ;
- en parler avec les confrères ;
- fixer un rendez-vous au patient pour aborder la mauvaise relation que le médecin a avec lui ;
- être clair sur ce qu'il attend de lui et sur ce que le système (de santé) exigera pour que la relation fonctionne ;
- si le médecin pense être manipulé par son patient, il est nécessaire de le dire tout de suite ;
- faire attention au comportement des personnes qui travaillent avec le médecin et qui sont en contact avec ce patient difficile, pour éviter des effets de contamination et d'exagération ;

155 Hennette-Vauchez S (2008) La relation médecins-malades. Information et mensonge. In: Maladies chroniques, partage ou juxtaposition d'expériences ? Contact Santé 225: 59-61.

156 Fainzang S (2006) La relation médecins-malades. Information et mensonge. Paris, PUF, Coll. Ethnologies

157 O'Dowd TC (1988) Five years of heartsink patients in general practice. BMJ 297: 528-30.

- si la situation devient trop difficile, proposer au patient d'aller vers un autre confrère ;
- enfin, si le médecin a l'impression d'avoir plus de problèmes que ses confrères et que c'est peut-être lui qui est la première cause du problème, il est peut-être utile, dans ce cas, de rejoindre un groupe Balint sur le thème de la relation professionnelle.

L'excellent site anglais patients.co.uk¹⁵⁸ propose une série de postures permettant de gérer des catégories fréquentes de patients difficiles.

- Patients inquiets venant trop souvent et « embolisant » votre consultation : imposez un cycle, refusez toutes les consultations non programmées, résistez particulièrement aux demandes de prescriptions et d'exams, confrontez le patient à sa répétition de demandes et, si vous n'arrivez pas à le contenir, demandez à ce que l'écoute sociale augmente autour de lui via des actions de proximité (assistante sociale, réseaux) et insistez pour sa réinsertion dans des cercles d'activité ou de loisirs (Ces patients sont souvent, en effet, des patients isolés ou déprimés).
- Patients hypochondriaques vrais (assez rares) : faites une exploration à fond, aidée par les spécialistes et, en cas de résultat négatif, essayez d'orienter vers de la thérapie cognitive comportementale.
- Patients ayant des comportements *borderline* dans la relation : identifiez-les, gardez la mémoire aussi précise que possible de ce qui se dit à chaque consultation et essayez de vous appuyer sur un psychiatre.
- Patients chroniquement non observants (alimentation, addictions, divers habitus) : discutez avec eux sur la stratégie nationale de répartition des ressources médicales et du surcoût qu'ils induisent, et des limites à leur prise en charge, essayez d'obtenir une rationalité et une responsabilité de leur part.
- Patients qui abusent du système et pressent pour obtenir des faveurs diverses : expliquez que ce qui leur est donné est enlevé aux autres, refusez en bloc toute demande à partir d'un seuil franchi.
- Patients violents oralement ou, pire, physiquement : assurez-vous une porte de sortie physique ou un lieu où vous pouvez vous mettre en sécurité, appelez la police ou portez plainte sans hésiter, éventuellement munissez-vous d'un système d'alerte au cabinet. N'utilisez jamais la force contre le patient.
- Patients détestables, honnis par vous pour ce qu'ils représentent socialement, politiquement, éthiquement : vous devez mettre des limites

158 <http://www.patient.co.uk/doctor/Difficult-Patients.htm>

à ce que vous êtes prêt à entendre, et dire au patient immédiatement qu'il franchit vos limites.

- Patients utilisant Internet de façon systématique comme voie de recours : faites un accès avec le patient à ces sites pour vous donner une idée de leur valeur.
- Patients séducteurs : ne rentrez jamais dans le jeu, ne donnez aucun élément de préférence personnelle et neutralisez votre langage.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Un médecin peut-il refuser de prendre en charge ou de continuer à suivre un patient « difficile » ?

Le refus de soins à l'initiative d'un médecin peut être perçu comme un acte de délivrance pour le praticien mais aussi comme un constat d'échec : constat de n'avoir pu créer ou maintenir une relation de confiance avec son malade.

Selon l'article R. 4127-47 du CSP, « quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Les seuls motifs pour lesquels un médecin ne peut cesser ou refuser une prise en charge sont l'urgence et le refus fondé sur l'appartenance religieuse, la race, ou la situation sociale du patient. Ce principe général de non-discrimination est rappelé par l'article R. 4127-7 du CSP en ces termes : « Le médecin doit écouter, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leurs origines, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap et leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

Si un médecin ne peut fonder son refus de soins sur des motifs discriminatoires mais sur des exigences essentielles et déterminantes de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins, la frontière peut être difficile à tracer entre les refus justifiés et ceux qui ne le sont pas. Il existe de nombreuses catégories de patients difficiles, allant du patient qui n'écoute pas, ne comprend pas ou est simplement étourdi et anormalement inquiet, au patient violent, menaçant. Il est difficile pour un médecin de continuer à prendre en charge un malade qui lui manifeste de l'agressivité, refuse de suivre ses prescriptions ou a porté plainte contre lui mais continue néanmoins à venir le voir. Ce médecin sera en droit de refuser de continuer à soigner ce patient, mais il devra l'orienter vers un autre praticien en lui communiquant une liste de noms de confrères susceptibles de le prendre en charge.

Si un médecin, en dehors de toute situation d'urgence, conserve une liberté de refuser des soins, un tel refus ne se conçoit que de façon restrictive. La continuité des soins doit être préservée et le médecin devra donner les explications de son refus, au besoin par lettre recommandée, en informant son conseil départemental de l'Ordre de sa décision.

Les dérives médicales

Depuis quelques mois, le Dr V. reçoit une jeune femme pour un problème de dépression suite à un conflit professionnel. Le médecin, qui n'est pas insensible à la détresse de la patiente ni à son aspect physique, prolonge les consultations et donne des rendez-vous dans le tout dernier créneau horaire pour avoir le temps de discuter avec elle. Insensiblement, le ton des consultations se modifie. De thérapeute, le médecin est devenu confident puis ami. Il lui semble qu'une relation particulière s'est installée entre lui et cette patiente, et bientôt il éprouve un vif sentiment amoureux qu'il croit être partagé. Un soir, à la fin de la consultation, il lui déclare ses sentiments. La jeune femme a une réaction violente. Elle est terriblement choquée. Elle se sent trahie par le médecin et décide de rédiger une plainte au Conseil de l'Ordre.

Dans un rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de décembre 2010¹⁵⁹, le Pr Hoerni fait le point sur les dérives de la pratique médicale en matière de sexualité. L'incidence de ces écarts est difficile à évaluer. Elle est en augmentation apparente, entraînant des sanctions aggravées, probablement en raison d'une évolution vers une moindre

159 <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/sexuelles.pdf?download=1>

« La position respective du patient et du médecin correspond à plusieurs configurations que l'on peut schématiser comme suit :

- patiente habituelle, séduisant involontairement un homme médecin qui va se laisser aller à un viol caractérisé, éventuellement précédé par une « prémédication » (médicamenteuse, par hypnose ou persuasion) de la patiente ;
- patiente ordinaire sollicitée ou agressée par un médecin dérangé ;
- patiente consentante, voire provocatrice, invitant à un rapport éventuellement considéré comme « thérapeutique » ;
- femme médecin harcelée par un patient masculin ;
- d'autres situations sont possibles en relation homosexuelle (la suite de ce texte parlera du patient et du médecin au masculin, mais d'une façon neutre, l'un et l'autre pouvant être de l'un des deux sexes).

Le type de contact en cause est plus ou moins caractérisé :

- palpation un peu appuyée, caresse prolongée,
- sur une région génitale, mammaire, buccale... ;
- pénétration de doigts ou génitale allant jusqu'à un coït complet.

Enfin l'acte incriminé peut être :

- un viol caractérisé ;
- un rapport par consentement mutuel, sous prétexte thérapeutique, demandé par l'un ou proposé par l'autre, ou par plaisir apparemment dissocié de l'acte médical ;
- un ou des contacts ambigus ».

tolérance à la fois des victimes, du public et du corps médical. En France, la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins a eu à connaître une quarantaine d'affaires de ce type au cours des 10 dernières années. Aux États-Unis, sur 1 % des praticiens sanctionnés chaque année, 10 % des sanctions sont motivées par une conduite sexuelle inappropriée. Psychiatres et gynécologues seraient plus exposés que d'autres.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Relations privées avec les patients et responsabilité

Comme le rappelle son Code de déontologie, un médecin doit s'abstenir, même en dehors de son exercice, de tout acte de nature à déconsidérer sa profession. Il doit également respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine. Comme le précise l'Ordre dans ses commentaires, la moralité renvoie aux mœurs d'une société, lesquelles évoluent en fonction des mentalités. Les juridictions disciplinaires sont parfois amenées à sanctionner, souvent lourdement, des actes de nature à déconsidérer la profession médicale, comme des attentats à la pudeur ou même des relations sexuelles entretenues avec une patiente au cabinet, dès lors qu'il a pu être démontré que le médecin a pu abuser de la faiblesse, notamment psychologique, de sa malade. La frontière n'est pas toujours aussi simple entre relations consenties et relations imposées, mais le simple fait d'avoir eu ces relations au cabinet médical est souvent apprécié négativement par l'Ordre en cas de plainte du conjoint ou de l'intéressée elle-même, si elle fait état d'un abus de faiblesse lié à son état au moment des faits.

Il faut donc être prudent et ne pas user ou abuser de son statut et de sa fonction pour donner libre cours aux avances d'une patiente : le cabinet médical doit rester un lieu d'exercice professionnel et s'il n'est pas interdit, même à un médecin, de succomber au charme et aux avances de l'une de ses patientes, mieux vaut lui donner rendez-vous dans un autre lieu pour ne pas se voir reprocher, même à tort, d'avoir pu abuser de sa fonction.

2. Les patients non observants

Cette catégorie de patients est particulièrement nombreuse puisque les études répétées pointent toutes des chiffres qui se situent entre 20 % pour les plus optimistes et 50 % pour les moins optimistes. Le constat n'est pas nouveau¹⁶⁰.

160 DiMatteo R (2004) Variations in Patients' adherence to medical recommendations, a quantitative review of 50 years of Research. *Medical Care* 42: 200-10.

Déjà en 1993, la comparaison des prescriptions du généraliste avec les achats en pharmacie des patients montrait des écarts significatifs. L'analyse de 21 000 prescriptions réalisées en milieu rural pendant 3 mois par 9 généralistes d'un centre de santé auprès de 4 854 patients montrait que près de 15 % des patients n'avaient même pas cherché à obtenir les médicaments prescrits, chiffre qui variait par ailleurs sensiblement en fonction du sexe et de l'âge du patient ainsi que du médecin prescripteur. Le taux montait à 24,8 % pour les pilules contraceptives et s'élevait également le week-end et quand il s'agissait d'une prescription réalisée par un interne en formation au cabinet ou par un remplaçant¹⁶¹.

La non-observance touche d'abord le non-respect de la durée des prescriptions et le délai excessif de la réalisation (ou non) des examens complémentaires, particulièrement ceux prescrits dans le cadre du dépistage. Les changements de doses, ou le remplacement par des médicaments de substitution (remplacement facilité par l'arrivée des génériques) viennent comme seconde source de non-observance en fréquence et en gravité. Beaucoup d'études de non-observance ont été réalisées sur des pathologies chroniques comme le diabète^{162,163}.

Les modèles expliquant la non-observance sont assez nombreux¹⁶⁴; certains accordent une priorité au patient. Par exemple, la non-observance dans les maladies chroniques est souvent associée à la nature, à long terme, des récompenses « promises » par une observance totale. Il s'agit, bien sûr, d'une récompense abstraite, exprimée de manière négative et qui, en fait, n'est jamais reçue (on s'évite des complications). La force du désir, véritable moteur de nos actions, dépend puissamment de la proximité de la récompense. D'autres explications viennent du modèle économique¹⁶⁵. Mais la cause la plus souvent citée vient de l'interaction avec le médecin.

Le lien à l'attitude du médecin

Le style de communication du médecin, la relation médecin-patient et le degré de confiance mutuelle sont des facteurs clés dans l'observance du

161 Beardon PH, McGilchrist MM, McKendrick AD, et al. (1993) Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *BMJ* 307: 846-8.

162 McNabb WL (1997) Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? *Diabetes Care* 20: 215-8.

163 Cramer JA. (2004) A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*. 2004 May;27(5):1218-24.

164 Scheen A, Giet D (2010) Non-observance thérapeutique, causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 65: 239-45.

165 Madden J, Graves A, Zhang F, et al. (2008) Non-observance liée au coût des traitements et dépenses de bases à la suite de la mise en place de la partie D de Medicare. *JAMA* 299: 1922-8.

patient. La non-observance résulte d'une interaction dysfonctionnelle entre un modèle de médecin trop indifférent à la perception réelle du patient sur sa pathologie, ou trop normatif et réglementaire, ou trop pressé, et un patient trop consommateur, ou trop peu convaincu de la logique de la prescription.

Le système de soins et ses contradictions¹⁶⁶

Le médecin généraliste est souvent pris entre deux contraintes: d'une part, recommander l'accès à la meilleure médecine (EBM) et, d'autre part, respecter le désir d'autonomie du patient (désir inscrit dans la loi de mars 2002). Les Anglo-Saxons parlent de *patient empowerment*¹⁶⁷ pour une relation médecin-patient qui devrait être plus symétrique, avec des décisions réellement partagées et un droit de refus ou de contestation beaucoup plus grand chez les patients. De l'autre côté, du côté médecin, ces mêmes Anglo-Saxons sont piégés, dans la mesure où leur système de santé implique un paiement à la performance, dont le principe est justement l'imposition au patient d'un parcours idéal. Les solutions entre les deux systèmes de contraintes sont étroites et souvent conflictuelles; par exemple il est prévu que le généraliste anglais puisse sortir de son calcul de conformité au paiement à la performance des patients non observants, mais il ne peut pas le faire à grande échelle.

On comprend que la problématique de l'observance est indissociable de celle de la relation thérapeutique et de ses différents modèles: faut-il adopter un modèle paternaliste (je choisis pour lui), informatif (je lui donne les faits, à lui de choisir), interprétatif (non seulement je lui donne les faits, mais de plus je l'aide à décrypter ses préférences) ou délibératif (je lui donne les faits, je l'aide à décrypter ses préférences, mais aussi, je lui dis ce que moi je préfère, afin qu'il puisse, éventuellement, après avoir délibéré, se ranger à mes arguments)? L'art médical ne consiste-t-il pas à savoir choisir entre ces différents modèles, en fonction du patient et du moment, le choix du modèle de relation thérapeutique pouvant évoluer chez un patient donné?

Quelles conséquences ?

La non-observance aurait un coût financier non négligeable. En outre, elle est à risque pour le patient, par exemple dans la mesure où elle entraînerait

166 Reach G (2006) La non-observance thérapeutique: une question complexe. *Médecine* 2: 411-15.

167 À lire sur ce thème le très bon livre d'Angela Coulter, ancienne directrice de l'institut Picker, au service des patients au Royaume Uni: Coulter A (2011) *Engaging patient in Healthcare*. Open University Press.

une non-prise en charge correcte de la pathologie, aggravant de ce fait la comorbidité et la mortalité.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

Comment gérer un patient « non observant »

Dans l'acte de soins, la prise en compte objective de la capacité de compréhension et d'observance de son patient est essentielle. Elle passe par une information claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins proposés. Le médecin doit aussi tenir compte de la personnalité de son patient dans les explications qu'il lui donne et il doit veiller à leur compréhension, comme le rappelle l'article R. 4127-35 du CSP.

Face à un patient qui « n'écoute pas », qui « ne comprend pas » ou qui est simplement étourdi, le médecin devra être d'autant plus vigilant, et attirer l'attention de son patient sur le fait que sa pathologie nécessite de suivre avec précaution les conseils et le traitement proposés. Il est bien sûr fortement conseillé de consigner dans le dossier du patient les recommandations faites oralement, et il peut lui être proposé d'être accompagné par une personne de son choix (conjoint, enfant...) pour que cette information soit mieux relayée et donc mieux comprise (à condition bien sûr qu'il en soit d'accord pour s'éviter tout problème de secret médical).

En matière d'information, l'article L. 1111-2 du CSP rappelle qu'il appartient au médecin d'apporter la preuve qu'elle a bien été délivrée à son patient.

Si son patient « ne comprend pas », la présence d'un membre de la famille et une information encore plus adaptée, donnée en termes clairement compréhensibles, seront d'autant plus justifiées.

Comprendre n'est pas corriger. Une analyse¹⁶⁸ de 23 revues de questions sur les 38 publiées entre 1995 et 2005 s'est penchée en particulier sur l'évaluation des interventions tentées pour réduire la non-observance : interventions techniques, comportementales, éducationnelles ou mixtes.

Les interventions techniques (prise en compte des doses utiles, conditionnement adéquat des médicaments) ont été les plus efficaces. Les interventions avec des rappels et des incitations sont également efficaces, mais à un moindre degré. L'éducation thérapeutique sur le patient a peu d'effet.

Un autre résultat important de l'analyse met en évidence que, même si on possède des modèles explicatifs raisonnables de la non-observance, ces modèles (et théories) ne donnent pas de clé de changement des comportements. Les recherches seraient sûrement à poursuivre dans ce sens car les théories prometteuses manquent cruellement d'application.

Si les actions sur le patient ont un effet modeste, celles sur le médecin sont considérables. Une méta-analyse portant sur 127 études publiées entre 1949 et 2009 montre l'importance de la

168 Van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, et al. (2007) Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Services Research 7: 5.

formation des médecins¹⁶⁹ : la non-observance augmente de 19 % avec les médecins qui sont peu communicants. Inversement, l'observance thérapeutique des patients dont le médecin avait bénéficié d'une formation spécifique en communication est améliorée de plus de 60 %, par rapport à celle des patients dont le médecin traitant n'avait pas reçu pareille formation. Enfin, il ne faut pas oublier que le système de délivrance des médicaments repose également sur les pharmaciens d'officine, qui ont un rôle important dans l'acceptation par les patients des médicaments prescrits par leurs médecins.

3. Pour conclure, les patients difficiles sont-ils responsables des erreurs qui leur arrivent ?

Peut-être en partie, mais la vraie cause demeure qu'on ne sait pas les gérer dans l'interaction

Des auteurs de Nouvelle-Zélande¹⁷⁰ ont analysé les comportements des patients à l'origine d'événements indésirables. La méthode a consisté en interviews collectives de 11 groupes de personnes, dont 3 groupes de professionnels des soins primaires (généralistes et soignants) et 8 groupes de patients, sur les erreurs médicales et les non-observances liées aux patients eux-mêmes. On pose dans les groupes des questions du type : « Quel genre d'erreur peut faire un patient ? », « Comment un patient peut-il être responsable lui-même d'un événement indésirable grave (EIG) qui lui arrive ? » Les participants du groupe réfléchissent d'abord individuellement, marquent leurs idées sur un post-it, puis un travail collectif d'affichage (anonyme) permet de sortir les idées-forces du groupe. L'analyse globale reprend la synthèse de la production de tous ces groupes.

La classification distingue deux grandes sources de problèmes : erreurs volontaires du patient et comportements affectant le patient au point d'induire des erreurs du médecin. Chacune de ces deux classes est affinée dans une taxonomie à trois niveaux précisant toutes les classes d'événements recensés :

- les erreurs volontaires du patient :
 - retard ou non-respect des rendez-vous,
 - affirmations erronées à l'interrogatoire, informations importantes sciemment non communiquées, mensonges, attitude discourtoise,

169 Zolnieriek KB, Di Matteo MR (2009) Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 47: 826-34.

170 Buetow S, Kiata L, Liew T, et al. (2009) Patient error: a preliminary taxonomy. *Ann Fam Med* 7: 223-31.

logorrhéique, conflits, manipulateurs...,

- non-observance des prescriptions : les médicaments ne sont pas pris aux bonnes doses, ou pas pris du tout, ou pas au bon moment; des médicaments différents que ceux qui ont été prescrits sont pris par le patient; des médicaments stockés depuis longtemps et périmés sont utilisés...;
- les comportements induisant un sur-risque d'erreurs du généraliste :
 - déficits liés à l'état physique ou psychique : mauvaise compréhension des instructions, mauvaise vue et reconnaissance des médicaments, attitudes inattentives, ou attentes irréalistes, peur de se faire remarquer, de demander, victimisation,
 - facteurs sociaux : pas d'argent pour accéder au soin, mauvaise hygiène de vie, intolérance, impatience, priorités culturelles.

Ce type de classification est évidemment séduisant pour les médecins, car elle tend à les dédouaner. En même temps, elle n'épuise par le sujet car elle fonctionne comme un miroir du propre dysfonctionnement des pratiques des médecins.



La relation médecin-patient fonctionne comme les éléments d'un couple où chacun peut entraîner le dysfonctionnement de l'autre.

C'est donc plus sur la pathologie du couple qu'il faut travailler, acceptant parfois le divorce quand les conditions ne sont plus réunies pour fonctionner ensemble, plus que sur la faute qui reposerait sur l'un ou sur l'autre !

9

Information et éducation du patient/entourage (y compris des mauvaises nouvelles)

Ce chapitre est tout entier consacré à l'information relative aux risques médicaux pour le patient et pour le médecin, en abordant le sujet par différentes facettes : l'information technique au patient sur le risque d'événement indésirable avant le soin, l'information au patient après le soin et la survenue de l'événement indésirable, la participation des patients à leur prise en charge, les nouveaux médias de diffusion de l'information sur le risque et le médecin comme seconde victime des erreurs commises¹⁷¹.

Quizz

Donner trop d'informations au patient sur les effets indésirables des médicaments ou sur les complications éventuelles de certaines décisions thérapeutiques, majore le risque de survenue des effets indésirables ou des complications. Oui ☒ Non ☒

1. l'information avant le soin

L'information du patient est un droit légal, introduit par la loi du 4 mars 2002. Cette information concerne les risques liés à la survenue d'événements indésirables dans la prise en charge thérapeutique. Elle doit être honnête, complète, compréhensible.

Le résultat n'est pas encore à la hauteur des attentes : s'agissant des explications fournies par les médecins, environ 6,5 % des patients déclarent ne

¹⁷¹ Ce chapitre est éclairé par le récent livre publié par Eric Galam : Galam E (2012) *L'erreur médicale, le burn-out, et le soignant*. Paris: Springer Verlag France.

pas avoir tout à fait compris les explications données (ou pas) par leurs généralistes, et plus de 8 % par les spécialistes¹⁷².

Mais la réalité reste complexe sur le niveau d'information donné, le contenu de cette information et le fait que l'on soit sûr que le patient l'ait comprise.

Une fraction très importante des plaintes des patients porte précisément sur le caractère insuffisant de cette information et sur les risques qui lui sont liés, et les médecins généralistes n'échappent pas au constat¹⁷³ qui est posé.

Depuis 1997, la charge de la preuve incombe désormais au praticien, mais le niveau de l'information qui est fournie repose sur sa seule appréciation. Le médecin n'est pas obligé de dire au patient que le pronostic de sa maladie est très mauvais ; il peut nuancer en fonction de la situation mentale du patient et de sa capacité à recevoir l'information. Même avec cette prudence déontologique, il doit laisser des traces dans le dossier de ce qu'il a dit au patient, et du moment où il l'a dit.

Beaucoup de médecins, surtout dans les disciplines chirurgicales, ont aujourd'hui opté pour remettre des brochures d'information au patient et lui faire directement signer le consentement.

LE POINT DE VUE DU JURISTE

L'information qui doit précéder l'acte médical

Le devoir d'information du médecin vis-à-vis de son patient a été érigé en principe par la jurisprudence et consacré par le législateur.

La relation du médecin et de son patient est, bien souvent, au cœur de tout litige, et ceci est d'autant plus vrai si aucune faute technique ne peut être reprochée au praticien, qu'il s'agisse d'une erreur de diagnostic, d'une faute thérapeutique ou d'un défaut de surveillance.

Le patient qui se plaint d'une absence d'information ou d'une information insuffisante ou encore d'une information inappropriée de la part de son médecin, a pour objectif d'obtenir une réparation financière.

Tout professionnel de santé, qu'il prescrive ou qu'il réalise un acte médical, a une obligation d'informer le patient avant la mise en œuvre de cet acte afin de recueillir son consentement, et après la réalisation de celui-ci si un dommage survient ou si un risque nouveau est identifié. Les textes qui régissent la matière sont issus soit du Code de déontologie médicale, soit de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et ils sont insérés dans le CSP.

172 Or Z, Com-Ruelle M (2008) La qualité des soins en France. Comment la mesurer pour l'améliorer. IRDES.

173 Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, et al. (1997) To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. J Gen Intern Med 12: 770-5.

Le Code de déontologie énonce à l'article R. 4127-35 que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension » et à l'article suivant R. 4127-36 que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas ».

La loi du 4 mars 2002 entérine cette obligation d'information.

Ainsi, son article L. 1111-2 alinéa. 1 du CSP prévoit que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ». L'alinéa 2 du même texte stipule que seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent dispenser le professionnel de santé de son devoir d'information, et il est prévu aux deux alinéas suivants que l'information est « délivrée au cours d'un entretien individuel » et que « la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ».

Quant à la question du consentement du patient, il est expressément indiqué à l'article L. 1111-4 « qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Cette exigence du recueil du consentement résulte de l'article 16-3 du Code civil, qui prévoit « qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité pour la personne ».

La Cour de cassation, dans un arrêt du 28/01/2010 (pourvoi n° 09-10992) a ainsi reconnu que, dans certains cas, la réparation du préjudice résultant d'un défaut d'information peut être intégrale lorsqu'il s'accompagne d'une atteinte à l'intégrité du corps humain sans nécessité médicale. La patiente avait subi une « intervention médicale mutilante non justifiée et non adaptée ».

De même sur la nécessité d'obtenir un consentement éclairé du patient, la Cour de cassation dans un arrêt du 15/11/2005 (pourvoi n° 04-18180) a considéré que, face au refus du patient de pose d'une sonde vésicale, le médecin urologue qui a dû réaliser une entéroplastie compte tenu d'une aggravation de l'état de santé du malade doit informer celui-ci des risques graves résultant de son opposition au traitement préconisé afin qu'il soit mis en mesure de donner un consentement ou un refus éclairé aux actes médicaux envisagés.



L'information insuffisante au patient continue de représenter une cause essentielle des plaintes dans les contentieux médicaux !

2. L'écoute, l'information et l'excuse au patient victime d'un événement indésirable

L'annonce d'un dommage associé aux soins est un devoir moral, éthique mais aussi une obligation légale. En application de l'article L. 1111-2 du CSP et de l'article 35 du Code de déontologie médicale (article R. 4127-35 du CSP), toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. L'information doit être claire, loyale, appropriée et délivrée dans le cadre d'un entretien individuel. Elle est due par tout professionnel de santé, dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Le récent guide publié par la HAS balaie toutes les phases de l'annonce, de sa préparation à sa réalisation et aux suites de l'annonce ; il est clair, facile à lire et on l'espère à appliquer. Il se termine par un résumé et une série de témoignages¹⁷⁴.

La façon dont l'événement indésirable est pris en compte par le professionnel de santé peut faire toute la différence en matière de traumatisme psychologique. La notion d'explication, de transparence, et l'efficacité et la rapidité des réactions et des décisions sont dans ce cas essentielles¹⁷⁵.

Dans la plupart des études sur la question, les données montrent que les patients ont d'abord porté plainte à cause des explications insuffisantes qu'ils avaient reçues sur leur complication et sur l'absence de vision des décisions qui avaient été prises pour que les mêmes incidents ne se renouvellent pas¹⁷⁶.

Il n'est souvent pas évident pour le médecin d'avouer la responsabilité de la chaîne médicale dans un événement, surtout quand il est en première ligne. Le débat porte sur qui doit dire cette vérité, le médecin lui-même, l'organisation dans laquelle il travaille (dans la mesure où la sécurité est toujours un problème collectif) et sur comment le dire, en suggérant que le hasard ne fait jamais bien les choses : il faut s'y préparer, disposer de procédures et s'adapter à la situation locale, ce qui nécessite que l'organisation ait été totalement pensée avant¹⁷⁷.

L'excuse envers le patient doit procéder en quatre étapes :

– donner les détails du problème ;

174 Guide d'annonce d'un dommage lié aux soins. Mars 2011, HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins

175 Vincent CA, Coulter A (2002) Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 11: 76-80.

176 Vincent C, Young M, Phillips A (1994) Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 343: 1609-13.

177 Cantor D (2002) Telling patients the truth: a system approach to disclosing adverse events. *Qual Saf Health Care* 11: 7-8.

- expliquer pourquoi ce problème est arrivé ;
- exprimer de l'empathie pour la douleur du patient (sans pour autant s'accuser) ;
- et mettre tout en place pour réparer ou réduire la douleur.

Il faut aussi prendre en compte les objectifs pour le patient : retrouver de la dignité, reprendre confiance dans le médecin, récupérer du pouvoir, attribuer la douleur à un fait précis, compenser¹⁷⁸.

Les États-Unis, connus pour leur pression juridique sur les médecins, ont beaucoup écrit sur la révélation de l'erreur au patient. Il existe par exemple un vaste programme de formations et d'actions des médecins à cette révélation, le programme *COPIC's 3Rs: transforming communication*¹⁷⁹ (R pour Reconnaître, Répondre, Résoudre).

Lancé dans le Colorado en 2000 et toujours en fonction, ce programme de qualité et sécurité, soutenu par les assureurs et les autorités de l'état, a enrôlé 2 853 médecins et les a incités à révéler leurs erreurs aux patients (un total de 3 200 erreurs a été ainsi révélé en quelques années) sans contrepartie de clause restrictive qui permettrait par exemple aux patients de poursuivre le médecin. Les résultats suggèrent que les patients sont beaucoup moins agressifs quand ils ont cette explication. Un quart des patients a finalement reçu une compensation financière¹⁸⁰.

Mais il existe encore de nombreuses barrières pour que le médecin parle de ses erreurs avec son patient. Malgré des politiques affichées dans de nombreux pays, il est difficile à un praticien d'effectuer cette démarche : peur des conséquences judiciaires, culture du secret, manque de confiance dans ses propres talents de communication, peur d'augmenter la détresse du patient, doute sur l'efficacité de la politique de transparence¹⁸¹.

Il est aussi intéressant de s'intéresser aux attentes des patients (compensation financière, explications, décisions d'amélioration, punition...) quand ils ont été victimes d'une erreur, par rapport à ce qu'ils obtiennent en réalité. Par exemple, dans l'état du Victoria (Melbourne), 1/3 des patients se disent satisfaits de ce qu'ils ont obtenu à la suite de leur plainte, 1/5 se disent satisfaits de penser que des changements dans la pratique médicale

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

179 www.callcopic.com/resources/custom/PDF/releases/4q%2007%20

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

181 Iedema R, Allen S, Sorensen R, Gallagher TH (2011) What Prevents Incident Disclosure, and What Can Be Done to Promote It? Jt Com J Qual Patient Saf 37: 409-17.

sont intervenus pour réduire ce risque, et 1/10 pensent que les sanctions ont été effectivement prises ainsi qu'ils le souhaitent.

Il existe ainsi un « fossé » entre les attentes des patients et ce qui a été réellement obtenu. Ce fossé est le témoin de la complexité des motivations des patients lorsqu'ils ont recours à la plainte, et nécessite d'être pris en compte pour mieux répondre aux patients (le système australien est un système *no blame* où la compensation ne dépend pas de la décision de culpabilité des acteurs)¹⁸².

LE POINT DE VUE DU JURISTE

L'information qui doit suivre l'acte médical

Cette information concerne la survenue d'un dommage et elle est imposée par l'article L. 1142-4 du CSP : « Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doivent être informés par le professionnel de santé sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou à sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix ».

Cette information peut également concerner un risque nouveau et elle découle de l'article L. 1111-2 alinéa 1 du CSP : « Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver ».

En matière d'information, la principale difficulté pour le professionnel de santé réside dans le fait que, depuis l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 25 février 1999 (pourvoi n° 94-19685), il lui appartient, en cas de litige avec son patient ou sa famille, d'apporter la preuve de la délivrance de cette information : « Le médecin est tenu d'une obligation particulière vis-à-vis de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation ».

Comme nous venons de le voir dans les textes, l'information doit être donnée oralement au cours d'un entretien individuel, et la jurisprudence, par ailleurs, prévoit que la preuve de l'information peut être apportée par tous moyens qu'il s'agisse de présomptions, de témoignages ou d'écrits.

Même si l'écrit signé ou non par le patient ne constitue pas, à lui seul, une preuve suffisante et ne peut, en aucun cas, valoir décharge de responsabilité, il représente toutefois un élément de preuve important.

Il est, en outre, instamment conseillé au médecin de tenir pour chaque patient un dossier

182 Bismark MM, Spittal MJ, Gogos AJ, et al. (2011) Remedies sought and obtained in healthcare complaints. *BMJ Qual Saf* 20: 806-10.

médical dans lequel il consignera chronologiquement et lisiblement tous les événements importants relatifs au suivi de ce patient, à sa personnalité, par des annotations claires (exemples : anxieux, veut réfléchir, a lu un article, a compris l'utilité de . . .), aux informations données sur le traitement ou l'acte médical envisagé (dessins explicatifs, remise d'un document explicatif commenté, choix proposé, s'il en existe, sur les traitements possibles et leurs risques, avis éventuel d'un consultant extérieur) et de conserver avec ce dossier les pièces essentielles datées, classées et archivées.

Sur la preuve de l'information, la Cour de cassation a admis dans un arrêt rendu le 4 janvier 2005 (pourvoi n° 02-11339) que « s'agissant d'un fait juridique, le médecin prouve par tous moyens la délivrance de l'information permettant au patient d'émettre un consentement ou un refus éclairé quant aux investigations ou soins auxquels il est possible de recourir », qu'ainsi, le fait qu'il résultait des attestations produites par la patiente, de ses propres déclarations au cours de l'expertise et du dossier médical du médecin qu'elle avait été particulièrement sensibilisée à l'éventualité de l'examen, que tous les deux avaient discuté, en temps utile, de l'opportunité d'y procéder et que le refus de la patiente figurait dans une lettre envoyée par le médecin à une consœur en vue d'une échographie de substitution, constituent un ensemble de présomptions démontrant que le praticien a satisfait à son obligation d'information envers sa patiente.

Un manquement avéré au devoir d'information aura pour conséquence possible l'attribution de dommages et intérêts au patient ou à ses proches.

Sur les modalités de cette attribution, un revirement de jurisprudence est intervenu par le prononcé d'un arrêt de la Cour de Cassation en date du 3 juin 2010 (pourvoi n° 09-13591).

Avant cet arrêt, le juge, sur le fondement d'une responsabilité contractuelle, tout en reconnaissant la faute du professionnel, recherchait si l'acte médical était indispensable et si le patient, dûment informé, aurait pu le refuser.

Dans la négative, il concluait à l'absence de préjudice réparable en considérant que le patient, dûment informé, aurait quand même donné son consentement à l'acte médical. Ce n'est donc que dans l'hypothèse contraire qu'il retenait que le patient ayant perdu une chance de ne pas subir une aggravation de son état, pouvait prétendre à une indemnisation. Il évaluait, alors, le montant de la réparation, au cas par cas, sur la base d'un pourcentage de perte de chance. Cette jurisprudence est toujours en vigueur, mais l'arrêt du 3 juin 2010 a introduit un autre mode d'indemnisation possible.

La Cour de cassation, en se fondant sur une responsabilité délictuelle et en se référant aux articles 16 et 16-3 du Code civil (principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine) a considéré que le non-respect du devoir d'information cause à celui à qui il était légalement dû un préjudice que le juge ne peut pas laisser sans réparation. En conséquence, le défaut d'information est indemnisé par l'octroi de dommages et intérêts au titre d'un préjudice moral autonome tiré de la violation du consentement, quand bien même, il serait établi qu'informé des risques, le patient n'aurait pas pu se soustraire à l'acte médical.

À titre d'exemples :

Sur l'indemnisation d'une perte de chance, une cour d'appel a considéré que le médecin qui ne justifie pas avoir eu un entretien individuel détaillé avec sa patiente et qui lui a remis un document ne contenant aucune précision sur la nature des risques encourus (œdème important à la jambe survenu après une arthroscopie du genou et qui a nécessité une nouvelle intervention chirurgicale) a manqué à son devoir d'information, et que cette faute est à l'origine d'une perte de chance d'éviter la complication survenue, évaluée à 25 % du préjudice corporel subi (cour d'appel de Toulouse 25/10/2010).

Sur l'indemnisation d'un préjudice moral, une cour d'appel a condamné un praticien à verser à sa patiente une indemnité de 5 000 euros au motif que le manquement du médecin au devoir d'information, quant à la nécessité d'extension éventuelle de la chirurgie et des risques d'algodystrophie, a causé à la patiente, à laquelle cette information était légalement due en application des articles 16 et 16-3 alinéa 2 du Code civil, et qui a été brutalement confrontée à la survenance de ces risques, un préjudice moral dont elle est fondée à demander réparation (cour d'appel de Toulouse 14 mars 2011).

3. Le patient participatif à ses choix et sa sécurité

La question de l'information au patient sur les risques de complications liés au traitement n'est qu'un cas particulier d'un dossier bien plus vaste, qui recouvre une participation plus active du patient aux processus de soins et qui remet en cause assez profondément la relation médecin-malade.

La société change, les citoyens sont plus éduqués, se sentent plus indépendants, plus responsables de leurs choix et de leurs décisions. Assez logiquement, cette attitude touche également le corps médical. Les décisions deviennent moins asymétriques, le patient veut pouvoir donner son avis sur le traitement, surtout quand les options proposées sont lourdes de conséquences pour sa vie privée. De même, les patients veulent occuper un rôle plus actif dans la sécurité de leurs soins : choix éclairé des professionnels et des établissements de santé, surveillance de l'administration du traitement, détection des EIG et atténuation des effets indésirables^{183,184,185}.

183 King A, Daniels J, Lim J, et al. (2010) Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Qual Saf Health Care* 19: 148-57.

184 Entwistle VA, McCaughan D, Watt IS, et al. (2010) Patient involvement in Patient Safety Group. Speaking up about safety concerns: multisetting qualitative studies of patients' views and experiences. *Qual Saf Health Care* 19: e33.

185 Longtin Y, Sax H., Leape LL, et al. (2010) Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 85: 53-62.

Mais les constats sont aussi que le chemin est particulièrement difficile pour changer la donne, du fait de multiples résistances qu'il faut analyser et bien comprendre.

Et ceci n'est pas contradictoire non plus avec le fait qu'une proportion assez significative de patients ne veut pas et ne voudra pas s'engager dans des rôles actifs de sécurité ou même de participation à la décision. La proportion exacte de cette catégorie refusant de participer est sujette à caution, allant de 48 % pour les femmes récemment diagnostiquées pour un cancer du sein, à 80 % des patients cancéreux à qui on a proposé un protocole d'essai. Globalement, aux États-Unis, 52 % des patients semblent préférer la totale délégation au médecin, alors que là encore, d'autres études plus récentes¹⁸⁶ mettent en évidence des chiffres allant jusqu'à 80 % de patients qui voudraient participer à leurs traitement et décision de façon plus active.

Quatre questions sont au cœur de ce défi d'évolution de la relation médecin-malade autour de la participation du patient à la gestion des risques.

1. Le patient doit bien comprendre sa pathologie et les choix offerts

Dans le cas d'une maladie chronique, il s'agit d'une étape importante pour qu'il en accepte les risques et les modalités évolutives (nouvelles opportunités ou dégradation définitive). Il faut que le médecin prenne le temps d'expliquer au patient ces étapes. Souvent les explications sont données à chaud, alors que l'émotion brouille la compréhension du patient. Par ailleurs, le temps lui manque pour bien expliquer son propre vécu, ses propres enjeux personnels ou ceux de son entourage. Il est vivement conseillé au médecin de bien réfléchir en amont à la manière dont il va faire l'annonce au patient et, de faire remonter l'information par des canaux qui ont plus de temps d'écoute (comme les soignants non médecins). Il existe maintenant suffisamment de moyens simples d'explication pour mieux prendre les décisions importantes de sa maladie, y compris par le truchement des communautés de patients, qu'elles soient virtuelles (web) ou physiques (clubs, associations...).

2. Le patient doit oser parler au bon moment quand le doute s'installe sur la sécurité du soin

La médecine est un objet complexe, beaucoup de soignants se coordonnent au chevet du patient, les technologies utilisées sont importantes mais

186 Coulter A (2011) Engaging patients in healthcare. Open University press.

pas exemptes de défaillances. Il n'est pas surprenant dans ces conditions qu'un patient sur 10 entrant à l'hôpital soit victime d'une erreur médicale, heureusement souvent sans conséquence (erreur de dose, de calcul, oubli d'un soin...). Or la littérature nous apprend que si les patients sont bien placés pour détecter une « bizarrerie » dans leur parcours de soins, ils savent rarement l'exprimer¹⁸⁷. Parallèlement, leur écoute par les professionnels reste marginale. Les patients chroniques ont un rôle essentiel dans ce processus d'alerte pour réduire la fréquence des erreurs, d'autant plus qu'ils sont devenus les « experts » de leur maladie. Ils doivent se manifester et oser parler quand un doute survient. Poliment, mais d'une façon claire et ferme, ils doivent demander pourquoi le soin qui est fait ou le médicament qui est distribué ne sont pas « comme d'habitude ». La France n'est pas en avance sur ce sujet, probablement parce que les traits culturels de notre société renforcent encore le côté asymétrique de la relation médecin-patient et la distance entre docteurs-soignants et patients. Les pays anglo-saxons ont en revanche déjà bien évolué, et proposent des cadres moins formels où l'on encourage le patient à manifester ses doutes et surtout à apprendre, *via* les associations et le partage, à repérer les risques pour être un partenaire des soignants dans la gestion de ces risques.

3. Oser parler ne veut pas dire se radicaliser systématiquement ou partir en croisade

Il faut apprendre à relativiser et à avoir du recul sur les microdéfaillances médicales dans un parcours de soins qui, étendu à plusieurs années, aura forcément subi des dizaines de désagréments. Les parcours associatifs et les mises en commun de l'expérience de chacun sont un bon moyen de lisser au mieux ce niveau de pertinence. Il faut savoir, pour le médecin, ne pas avoir peur de ces mises en commun de l'expérience et, au contraire, les encourager. Cet apprentissage est une clé pour qu'une évolution de la sécurité des soins pour les professionnels de santé soit vécue comme une culture « juste ». Par exemple, une perfusion mal posée qui passe sous la peau quelques minutes est fortement désagréable ; c'est au patient d'oser le signaler très vite au premier signe ; mais sur le moyen terme, c'est un tout petit événement dont l'effet négatif sera probablement largement effacé par la qualité de la prise en charge globale. En quelque sorte, dans un système encore bloqué dans ses peurs, sa toute-puissance et ses préjugés du côté

187 Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, et al. (2005) What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. *J Gen Intern Med* 20: 830-6.

des professionnels de santé, le patient a aussi un rôle dans ce qu'il va faire remonter publiquement comme insupportable, comme objet des priorités dans l'agenda de la sécurité des soins à vraiment prendre en compte par les soignants, et ce qu'il va analyser comme des événements plus mineurs qui font partie d'un autre de ses rôles : sa participation directe au soin.

4. Il faut aussi que le patient apprenne à partager au profit des autres

L'activité associative ou les sites virtuels sont de formidables outils pour aider les autres patients à capitaliser plus vite l'essentiel de ce qu'il faut connaître sur leur maladie, acquérir les réflexes de sécurité, mettre en place des apprentissages pour les soignants et le corps médical, sur comment est vécue la maladie, bref témoigner pour mieux maîtriser tous ensemble.



La participation accrue des patients à leur sécurité et aux décisions qui les concernent reste un défi, mais cette participation est inéluctable !

L'Agence américaine de recherche sur la qualité des soins (AHRQ) a fortement soutenu les collectifs de patients dans un droit à participer activement à la surveillance du risque médical.

L'initiative nationale *Speak up* a d'abord été développée en partenariat avec l'agence de certification (JCAHO). Cette initiative fournit aux patients une série de moyens et de médias très concrets pour prévenir et signaler aux professionnels de santé le risque d'erreurs et d'événements indésirables. Il existe plusieurs déclinaisons thématiques des fiches mises à disposition : comment parler et signaler les erreurs en général (2005), comment encourager les patients à prévenir et signaler les erreurs liées aux infections de soins (2007), les erreurs de soins liées à la gestion de la douleur (2008), les erreurs de soins liées aux risques de chute (2009)¹⁸⁸.

Neuf recommandations aux patients américains ont été proposées par l'AHRQ pour réduire le risque avant d'aller voir leur médecin généraliste¹⁸⁹ :

1. Assurez-vous que votre médecin connaît bien tous les médicaments que vous prenez, y compris ceux qui sont pris sans ordonnance, ainsi que les régimes particuliers que vous suivez si c'est le cas.
2. Apportez tous les médicaments que vous prenez lors de la consultation afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté dans vos propos et que le médecin puisse voir concrètement les produits.

188 <http://www.jointcommission.org/speakup.aspx>

189 <http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>

3. Assurez-vous que le médecin connaît toutes les allergies et les intolérances en rapport avec des médicaments que vous pourriez avoir.
4. Lors de la prescription, assurez-vous que vous pouvez relire les ordonnances écrites à la main.
5. Demandez une information précise sur chaque prescription dans des termes que vous pouvez comprendre : à quoi sert ce médicament, pendant combien de temps faut-il le prendre, quels sont les risques éventuels et que faire si des effets indésirables surviennent, est-il possible de prendre ce médicament avec ceux qui sont pris de façon habituelle, quels sont les risques de ce médicament en cas de conduite automobile ou de prise d'alcool...
6. Quand vous prenez les médicaments à la pharmacie, assurez-vous que c'est bien le médicament prescrit par le docteur (particulièrement avec les génériques).
7. Si vous avez des doutes ou des questions, dites-le. Par exemple, « 4 prises par jour » veulent dire « toutes les 6 heures strictement » ou « des prises groupées uniquement pendant les heures de la journée ? »
8. Demandez à votre pharmacien comment mesurer au mieux les posologies des médicaments liquides. Est-ce qu'une cuillère à café peut être considérée comme un standard ? Les dispositifs, type seringues graduées sont parfois plus précis.
9. Demandez à votre pharmacien une information écrite sur les effets indésirables possibles du médicament. Si vous connaissez les effets secondaires possibles, vous serez mieux préparé en cas de survenue de ces effets.

L'obstacle majeur à la participation du patient demeure l'asymétrie des connaissances dans le domaine médical, les patients participant effectivement plus aux décisions non techniques (conséquences sociales de la maladie) qu'aux décisions techniques. Les patients éduqués sur leur pathologie, même rapidement, sont plus volontaires pour participer. Le niveau d'éducation joue un grand rôle.

La demande précise d'une orientation thérapeutique différente de celle proposée par le médecin, quand elle est formulée, aboutit assez souvent à infléchir la décision du médecin. Mais le sentiment de perdre le contrôle par le médecin est toujours mal vécu. En matière de sécurité, le patient joue également un rôle important. Les patients les mieux formés peuvent jouer un rôle effectif, par exemple dans le lavage des mains des professionnels¹⁹⁰.

190 Longtin Y, Sax H, Leape L, et al. (2010) Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clin Proc* 85: 53-62.

4. La montée en puissance des sites web de patients : quelle attitude du médecin ?

Les Anglo-Saxons ont pris de l'avance sur la France pour le rôle croissant joué par les sites web patients comme outil d'information et de dialogue avec le médecin.

Les sites www.patient.co.uk/ en Angleterre et le site www.patientslikeme.com/ aux États-Unis sont à cet égard des références.

Le site www.patientslikeme.com/ a été créé en 2004 et contient plus de 40 000 patients communiquant leurs informations personnelles et liées à leur maladie, dans le but de créer une grande base d'informations sanitaires pour échanger avec d'autres malades et permettre d'accélérer la mise au point de nouveaux traitements. Chaque patient qui entre dans une communauté est invité à décrire son expérience : un questionnaire permet d'établir un score, supposé rendre compte de l'état d'avancement de sa maladie. On lui demande de lister ses symptômes et de leur attribuer un degré de sévérité, de décrire ses traitements y compris non médicamenteux, et d'indiquer les raisons pour lesquelles il suit chacun d'entre eux. Il peut participer à des forums et échanger ainsi *via* ses réseaux de participants.

L'ensemble de ces données est intégré dans une base qui permet de produire des comptes rendus diversifiés : on peut suivre le parcours de chaque patient à l'aide de graphiques et lire l'ensemble des contributions qu'il a faites sur les forums ; on peut s'intéresser à un traitement/symptôme particulier et visualiser des statistiques réalisées sur l'ensemble des patients concernés, avoir accès aux messages jugés les plus intéressants sur ce thème...¹⁹¹.

En France, des sites communautaires dédiés aux patients ou à leurs proches commencent à apparaître. Une fois l'inscription passée, l'internaute a la possibilité de rejoindre une communauté liée à sa pathologie, de créer son réseau de contacts selon le modèle des sites anglo-saxons.

D'autres sites commencent à fleurir en France : site d'information en urologie <http://www.uropage.com/>, de diabétiques <http://www.diabete2-patients.com/>...

La valeur objective de ces sites est toujours en débat. Les analyses montrent que le contenu de ces sites s'améliore, mais la réutilisation des informations reste peu guidée et peu effective par les internautes. Des efforts d'assistance pourraient amener des résultats nettement meilleurs¹⁹².

191 Source : <http://lemondedelaesante.wordpress.com/2011/12/08/les-sites-de-communautes-de-patients/>

192 Trigg, L (2011) Patients' opinions of health care providers for supporting choice and quality improvement. *J Health Serv Res Policy* 16: 102-7.

Les informations ramenées par les patients inscrits sur ces sites méritent d'être prises en compte par le généraliste ou le spécialiste. La meilleure attitude n'est pas celle du rejet ou de la peur, mais de consulter le site et de lire les informations disponibles, puis de revenir vers le patient ainsi informé et d'accepter éventuellement de consulter le site avec lui, en soulignant ce qui est bien, ce qu'il faut retenir et comprendre, et ce qui est plus discutable parce que ne s'appliquant pas à ce patient particulier. Cet effort est clairement un effort d'éducation thérapeutique aujourd'hui totalement à intégrer dans la pratique.

L'éducation thérapeutique par le généraliste

Toujours dans le registre de l'éducation thérapeutique, plusieurs pathologies nécessitent un effort dédié pour éduquer le patient ou son entourage. On peut penser évidemment à l'entrée dans les affections chroniques, de l'information sur l'adhérence et l'hygiène de vie, de la connaissance des effets de la pathologie sur la vie de tous les jours.

Mais les actions thérapeutiques à faire sont bien plus vastes, bien plus fréquentes et bien plus banales. Elles concernent, par exemple, l'information simple à donner aux parents dans la surveillance des pathologies infectieuses ou digestives de leurs enfants, ou les informations sur les addictions diverses et les conseils de vie.

En France, l'éducation thérapeutique demande du temps et n'est pas rétribuée, sauf dans des cas bien particuliers ou elle est intégrée dans une consultation dédiée. C'est probablement un des inconvénients majeurs par rapport au modèle anglo-saxon, canadien particulièrement, qui la fait souvent pratiquer et rétribuer par des soignants formés à cette tâche. Peut-être que l'arrivée des maisons de santé permettra ce glissement de tâches au bénéfice du patient.

5. Le médecin seconde victime

Les médecins qui commettent une erreur ont besoin d'aide¹⁹³.

Ces médecins admettent avoir souffert de problèmes psychologiques importants : souvenirs envahissants et obsédants, difficulté à reprendre confiance (mauvaise image de soi, doute, anxiété), à se remettre à travailler, difficulté à obtenir de l'aide.

193 Wu A (2000) Medical error: the second victim. *BMJ* 320; 726-7.

Par exemple, Chanière étudie dans sa thèse en Rhône-Alpes l'effet des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes. L'analyse montre un impact majeur par l'apparition de modifications secondaires des démarches diagnostiques ou thérapeutiques, des conséquences psychiques parfois importantes, l'induction de démarches formatives ciblées et l'intégration de la dimension médico-légale à leurs pratiques. La plupart des médecins interrogés ont exprimé un besoin d'écoute autour de ces situations et plébiscité les groupes de pairs¹⁹⁴.

Les effets observés sont relativement comparables à un syndrome post-traumatique dont l'évolution historique est assez prévisible. Une intervention plus rapide et plus efficace de l'environnement professionnel aurait pu réduire significativement cette évolution¹⁹⁵.

Une erreur bien prise en compte permet même de rebondir pour s'en servir positivement, augmenter sa confiance et travailler plus confraternellement avec l'appui des collègues en réseau¹⁹⁶.



L'erreur médicale fait toujours deux victimes : le patient et le médecin qui l'a commise. Un travail collectif et des attitudes d'écoute vis-à-vis des confrères victimes réduisent les conséquences parfois dramatiques de ces situations !

Quelles actions correctrices et quelles interventions ?

Une des actions les plus connues, et inspiratrice des actions nationales, a été initiée dans l'état du Missouri aux USA, avec le développement d'un système d'aide aux professionnels de santé traumatisés par leurs erreurs. Le système a été inspiré par les expériences mises en place au Brigham And Women's Hospital à Harvard en 2006 (système d'aide basé sur des pairs) et sur le MITSS (*Medically Induced Trauma Support Services* – <http://www.mitss.org>) développé en 2002 pour toutes les victimes patients compris, et le CISM (*Critical Incident Stress Management*), développé dans l'industrie, en aéronautique particulièrement, pour approcher les effets des syndromes post-traumatiques.

194 Chanière M (2005) Impact des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes, étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. Université Claude Bernard, Lyon, également dans Figon S, Chanière M, Moreau A, Le Goaziou MF (2008) Impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. La Presse Médicale 37: 1220-7

195 Scott S, Hirschinger L, Cox K, et al. (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care 18: 325-30.

196 Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G (2009) Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. Qual Saf Health Care doi:10.1136/qshc.2009.035253.

Un modèle en trois temps développé est devenu une référence internationale dans la façon de concevoir l'aide aux collègues en difficultés :

- le niveau 1 est centré sur la perception émotionnelle. Il est local, et couvre la période immédiatement attenante au fait ; il repose presque entièrement sur les collègues et personnes de proximité en facilitant la verbalisation, l'empathie et un climat d'expression des détresses, sans encore savoir nécessairement qui a été victime de quoi ;
- le niveau 2 s'applique à des secondes victimes bien identifiées et repose sur des professionnels des services entraînés pour aider : il peut s'agir de groupe de pairs entraînés et formés, ou de collègues ou soignants rompus à cet exercice ;
- le niveau 3 assure l'accès à des psychologues-psychiatres professionnels quand la réaction ne peut pas être contenue par les actions précédentes¹⁹⁷.

Le remarquable récent livre d'Eric Galam¹⁹⁸ dresse un point complet sur les structures existantes en France pour venir en aide aux médecins. La plupart de ces réseaux d'aides sont plus tournés vers les médecins victimes de problèmes de santé négligés (addiction, *burn out*) que véritablement spécifiques au problème de seconde victime, mais ils peuvent être un lieu d'écoute. Le besoin est plus important qu'on ne le pense. Une enquête de 2009 du groupe Pasteur-Mutualité, réalisée sur 3 786 médecins, révèle que 66 % pensent que ce dispositif leur serait actuellement utile et 86 % pensent qu'ils pourraient éventuellement en avoir besoin un jour.

Voici quelques sites utiles :

- **Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux¹⁹⁹ (AAPML)**
A été mise sur pied depuis juin 2005, avec un numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé en difficultés psychologiques dans l'exercice de leur profession. Des réunions de suivi avec les psychologues sont régulièrement organisées par le médecin coordonnateur du dispositif.
- **Association de Promotion des Soins aux Soignants²⁰⁰ (APSS)**
A été fondée en 2009 par la CARMF, le CNOM, la Fédération hospi-

197 Scott S, Hirschinger L, Cox K, et al. (2010) Caring for our own: deploying a system wide Second victim Rapid response team. The Joint commission. Journal on Quality and Patient Safety 36: 233-40.

198 Galam E (2012) *L'erreur médicale, le burn-out, et le soignant*. Paris: Springer Verlag France.

199 www.aapml.fr

200 <http://www.apss-sante.fr>.

talière de France, la Fédération de l'hospitalisation privée et le groupe Pasteur-Mutualité. Elle a pour vocation de s'occuper des pathologies des professionnels concernés (addictions, *burn out*, traumatismes divers).

- **Le site²⁰¹ du groupe Pasteur-Mutualité**

Le site comporte un forum de discussions, des informations utiles et une actualisation des données disponibles. Le groupe Pasteur-Mutualité a par ailleurs annoncé la mise en place d'une consultation de prévention de l'épuisement professionnel des soignants.

- **IMHOTEP Haute-Normandie²⁰²**

L'activité de prévention médicale est au premier plan, volontaire et confidentielle. Destiné aux médecins libéraux adhérents, le programme propose une médecine de dépistage et surveillance périodique de la santé, avec une aide psychologique lors des entretiens médicaux, et des conseils et avis techniques de prévention portant sur la santé, le mode de vie, les facteurs professionnels et environnementaux.

- **MOTS**, anagramme de Médecin Organisation Travail Santé, créé en juin 2010 par le conseil départemental de l'Ordre des médecins de Haute-Garonne, et le service des maladies professionnelles et environnementales du CHU de Toulouse-Purpan, est un dispositif d'entraide pour les médecins en souffrance.

201 www.souffrancedusoignant.fr

202 imhotepn.blogspot.com

10

Événement indésirable détecté. Et après ?

*« L'homme sage apprend de ses erreurs,
L'homme plus sage apprend des erreurs des autres. »*
Confucius

Au cours d'un dîner entre confrères, la discussion porte sur le cas malheureux survenu au patient d'un médecin généraliste connu du groupe. Suite à une erreur médicale grave, ce patient est décédé et le médecin risque d'être impliqué dans une affaire judiciaire compliquée. L'un des convives, le Dr P., fait la remarque suivante : *« Sans aller jusqu'à des erreurs de cette gravité, je suis persuadé que nous faisons tous en permanence des erreurs mineures. Dans certains cas, nous rectifions immédiatement l'erreur. Dans d'autres cas, c'est l'appel du pharmacien ou du patient lui-même qui nous alerte et nous fait modifier notre prescription. Et puis, il y a des erreurs qui sont totalement ignorées et dont nous n'avons même pas conscience. Dans la grande majorité des cas, il ne se passe rien ou un événement très minime. Exceptionnellement, cette erreur passe toutes les barrières de sécurité et c'est l'accident qui survient, comme celui dont nous parlons ». La discussion s'anime car les médecins présents ne sont pas d'accord avec cette affirmation, mais le Dr P. explique : « Je vais vous donner quelques exemples. Il y a quelques jours, ma secrétaire n'a pas suffisamment apprécié l'urgence d'une demande de visite et a donné un rendez-vous à une semaine pour une patiente qui faisait une pyélonéphrite aiguë. Heureusement la patiente m'a appelé directement et je l'ai rajoutée dans mon planning. Un autre exemple : il y a 2 jours, pendant que je voyais en consultation une dame de 52 ans, le téléphone sonne : il s'agissait d'un patient à qui j'avais demandé un test HIV et un bilan d'IST. Au téléphone, je lui indique que le test HIV est négatif mais qu'il existe une infection à chlamydiae et qu'il doit revenir me voir. Je lui prends moi-même le rendez-vous et je lui demande d'épeler son nom pour ne pas faire d'erreur.*

Comme il a un nom compliqué, je répète son nom après lui. Quand je raccroche, je prends tout d'un coup conscience que la personne qui est en face de moi a entendu la conversation et que, peut-être même, elle connaît ce patient. Parfois, une simple erreur d'archivage a des conséquences importantes. Je me souviens d'avoir prescrit un traitement lourd pour une prostatite à un patient sur la foi d'un ECBU qui ne lui appartenait pas et qui avait été mal rangé. Et puis, lequel d'entre vous, ici, n'a jamais injecté le solvant d'un vaccin ROR en oubliant de reconstituer le produit ? On pourrait continuer la litanie à l'infini ». Par ses exemples, le Dr P. arrive à convaincre ses collègues, mais l'un d'eux lui répond : « Je veux bien entendre ce que tu dis, pourtant, je ne me souviens pas d'avoir fait récemment de telles erreurs ».

Dans sa thèse pour le doctorat en médecine²⁰³, Marie Laure Draï appelle au téléphone 150 médecins généralistes parisiens tirés au hasard dans la liste des 1 650 médecins recensés dans le fichier « pages jaunes » de 2008. Elle leur demande s'ils sont d'accord pour déclarer de façon anonyme tous les événements indésirables qui pourraient survenir dans la prise en charge de leurs patients, sur une période de 2 mois. Seuls 22 médecins acceptent, parfois avec enthousiasme, et des alertes mails leur sont envoyées chaque semaine pour les inciter à ne pas relâcher leurs efforts de détection. Les résultats sont décevants, il n'y a que deux notifications d'événements indésirables :

- le premier médecin signale qu'il a reconduit un médicament antihypertenseur chez une patiente qui allaite sans se poser la question de son état ;
- le second déclare un effet secondaire en rapport avec la prise d'un médicament (vomissements et sensation de malaise après la prise d'amoxicilline).

Une deuxième période de recueil est alors proposée et acceptée, ce qui conduit à recueillir cinq nouveaux EI :

- mauvaise lecture d'un scanner thoracique ayant retardé le diagnostic d'une tumeur bronchique ;
- survenue de palpitations, vertiges et douleurs abdominales après la prise de Tramadol® ;
- délivrance par le pharmacien d'un anti-inflammatoire sous forme de comprimés alors qu'il était prescrit en gel ;
- doublement des doses de bêtabloquant par le patient, erreur induite par la délivrance du générique ;

203 Draï ML (2010) Obstacles à la déclaration d'événement indésirable en médecine générale, test d'un système de déclaration par voie informatique auprès de médecins généralistes parisiens. Université René Descartes. Thèse pour le Doctorat en médecine.

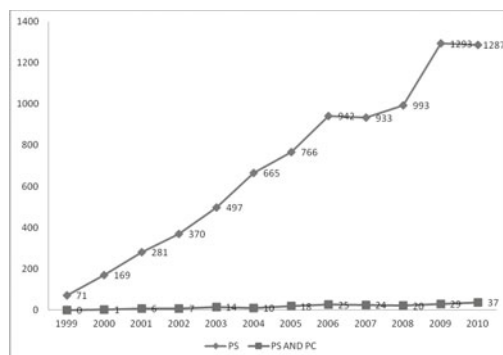
– erreur d’automédication d’une patiente qui a une pilule contraceptive prescrite en continu et qui fait une interruption de 7 jours par mois. Chacun des médecins est ensuite vu en entretien individuel pour expliquer le faible retour des événements indésirables. Les résultats (8 réponses sur 20) mettent en avant la connaissance insuffisante du périmètre de l’événement indésirable (beaucoup de médecins restreignent l’événement indésirable aux effets secondaires des médicaments). Le manque de temps pour repérer les EI vient ensuite en deuxième position (7 médecins sur 20). Plus surprenant, cinq médecins déclarent n’avoir jamais rencontré d’EI et un médecin déclare n’avoir rencontré que les effets secondaires des médicaments. Le manque de motivation (cinq réponses) et la peur de sanctions (une réponse) viennent compléter ce tableau.

Mais peut-être que les événements indésirables n’existent pas en médecine générale et que ceux-ci ne concernent que l’hôpital dans lequel le contexte est différent : gravité des pathologies prises en charge, utilisation de technologies complexes, risques plus importants de ruptures dans la communication entre les membres des équipes hospitalières, présence de bactéries multi-résistantes... Le cadre d’exercice de la médecine générale est totalement différent et s’oppose presque point par point à celui de l’hôpital. Du reste, si on compare le montant de la prime en responsabilité civile professionnelle des médecins généralistes (autour de 200-300 euros par an) avec celle de certains spécialistes, comme les obstétriciens (la prime peut monter jusqu’à 25 000 euros), on se dit que les problèmes de sécurité ne concernent pas vraiment la médecine générale et ne sont pas aussi importants que dans ces professions, dites à risques. Pourtant, il existe un trou noir, un déficit majeur de connaissances sur la sécurité du patient en médecine générale et, d’une façon plus large, en médecine de soins primaires.

1. Définitions insuffisantes

Les rapports fondateurs de la sécurité des soins aux États-Unis (*To Err is Human*) et en Grande-Bretagne (*An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*), qui datent tous les deux de l’année 2000, n’ont pas abordé du tout la sécurité des soins en médecine de premier recours. C’est l’hôpital qui est la seule cible et le seul centre d’intérêt.

Du coup, il existe peu d’études concernant la sécurité des soins en médecine générale.



Nombre de publications fournies par Medline en utilisant le terme « Patient Safety » (courbe avec losanges) et « Patient Safety » AND « Primary Care » (courbe avec carrés).

Les travaux dans ce domaine ne sont pas aussi nombreux que ceux qui concernent la médecine hospitalière. Une recherche rapide sur *Medline* montre l'augmentation importante du nombre de publications consacrées à la sécurité du patient entre 1999 (année du rapport américain « *To Err is human* ») et 2010. Ces publications passent ainsi de 71 en 1999 à 1 287 pour la seule année 2010. Dans le même temps, le nombre de publications concernant la sécurité du patient en provenance du champ de la médecine de soins primaires est passé de zéro publication en 1999 à 37 en 2010. Ce déficit de recherches et de connaissances est également mis en évidence par une revue de littérature des articles médicaux consacrés à la sécurité du patient en soins primaires, réalisée en 2008 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. Dans l'analyse de la littérature²⁰⁴ qui a été réalisée par Makeham et Dovey, on retrouve un nombre faible de recherches qui s'appuient sur le risque en médecine générale (moins d'une cinquantaine), et ces recherches sont peu concordantes en ce qui concerne l'approximation de ce risque.

- Ainsi, il y a 25 définitions différentes du terme « erreur médicale ».
- Il y aurait entre 5 et 80 erreurs pour 100 000 consultations.
- Les erreurs de diagnostic seraient en cause dans 26 à 78 % des cas, alors que les erreurs de traitement se retrouvent dans 11 à 42 % des cas.
- Enfin, 60 à 83 % des erreurs pourraient être évitées.

La revue montre que les recherches sont peu nombreuses, et surtout que les conclusions de ces recherches sont sujettes à des marges d'incertitude importantes. Ainsi, la fréquence de survenue d'une erreur en soins primaires

204 Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I (2008) Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. WHO. http://who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_results.pdf

varie selon les études de 0,004 à 240 pour 1 000 consultations! De fait, les efforts concernant la sécurité du patient se sont surtout concentrés sur l'hôpital. Le risque d'erreur est-il pour autant moindre en ville? Il ne semble pas que ce soit le cas, ne serait-ce que parce que le nombre de contacts entre médecins et patients est plus élevé en ville. Ainsi, Gandhi et ses collègues rappellent dans un article publié dans le *New England Journal of Medicine*²⁰⁵ que, aux États-Unis, il y a chaque année 900 millions de consultations en secteur ambulatoire pour 35 millions d'hospitalisations.

Le vocabulaire lui-même est source de confusion. Parler d'« événement indésirable » n'est pas assez explicite, et les médecins comprennent mieux le terme d'« erreur » en médecine. Or, « erreur » fait référence à la faute, à la culpabilité et à la sanction. Les connotations péjoratives qui sont associées à ce terme favorisent la dissimulation et le secret. Dans l'idéal, il ne faudrait réserver ce terme d'erreur (et *a fortiori* de faute) qu'au seul vocabulaire juridique. En pratique, l'utilisation de ce terme revient très facilement, presque naturellement, lorsque l'on parle d'événement indésirable. Pour pouvoir faire avancer le débat, il est indispensable de mettre en place une culture de la sécurité en soins primaires. Cette culture passe par un vocabulaire commun et par l'adoption consensuelle d'une classification. En ce qui concerne le vocabulaire, il n'est pas nécessaire de connaître beaucoup de définitions. On appelle ainsi « événement indésirable lié aux soins » (EIS) tout événement défavorable pour le patient non lié à l'évolution naturelle de la maladie. Cet événement peut être consécutif aux stratégies et aux actes de diagnostic, de traitement, de prévention, ou de réhabilitation. Cet événement est « grave » (on parle d'événement indésirable grave – EIG) lorsqu'il entraîne l'hospitalisation du patient (ou la prolongation de cette hospitalisation pour un patient déjà hospitalisé), la survenue d'un handicap ou d'une incapacité, ou s'il est associé à une menace vitale ou à un décès. Inversement, un événement indésirable peut n'avoir causé aucun dommage au patient, soit parce qu'il était minime, soit parce qu'il a été stoppé avant d'avoir causé ce dommage (une « barrière » a bien fonctionné). Dans ce cas, on appelle cet événement un événement porteur de risque (EPR), dont l'analyse va permettre de mettre en place des barrières pour éviter qu'il ne se reproduise. Il faut signaler le travail récent²⁰⁶ de synthèse de la littérature, qui fait le point et préconise l'utilisation stricte des définitions données par l'OMS.

205 Gandhi TK, Lee TH. (2010) Patient Safety beyond the Hospital. *N. Engl. J. Med.* 2010 Sep 9;363(11):1001-1003.

206 Keriél-Gascou M, Figon S, Letrilliart L, et al. (2011) Classifications and definitions of adverse events in primary care: a systematic review. *Presse Med* 40: e499-505.

En France, la plupart des évaluations de la fréquence des risques de survenue d'événements indésirables restent indirectes, mesurées soit à partir des motifs d'entrées à l'hôpital, soit à partir des données assurantielles.

Dans l'étude ENEIS, dont les résultats de la deuxième enquête²⁰⁷ ont été présentés en 2011, la proportion des patients dont l'admission a été motivée par un EIG représente 3,4 % pour la chirurgie et 5,3 % pour la médecine (ENEIS, 2010). Deux tiers des EIG (entre 333 000 et 490 000 hospitalisations par an) sont générés dans les suites d'une prise en charge en médecine de ville et 160 000 à 290 000 hospitalisations seraient évitables.

Si on part des dossiers contenus dans les bases des assureurs médicaux, on obtient des statistiques différentes. Dans l'analyse des 1 074 dossiers du Sou Médical – groupe MACSF²⁰⁸, un tiers des dossiers est en rapport avec des erreurs et des retards de diagnostic, alors que les autres sont liés à des dysfonctionnements du système.

2. Erreurs moins graves mais plus nombreuses

Mais les erreurs, si elles ne sont pas toutes graves (et de fait les erreurs graves en médecine générale sont l'exception), sont en revanche multiples. Ceci se vérifie d'ailleurs partout où le professionnel prend en permanence des microdécisions, avec à chaque fois une marge d'erreur qui n'est pas nulle. Ainsi, dans le domaine de l'aviation, il a été montré que le taux d'erreurs est exceptionnellement élevé (plus de 2 par vol et par pilote). Heureusement, dans la grande majorité des cas, le pilote rectifie spontanément son erreur et aucun accident ne survient. En médecine, la situation est identique. Dès que l'on prend l'habitude de repérer les erreurs commises mais rectifiées immédiatement, on constate que leur nombre est élevé. Les exemples ne manquent pas : dossier médical ouvert au nom d'un homonyme, résultat important de radiologie ou de biologie introuvable, alarme indiquant une allergie qui ne fonctionne pas, demande d'examen de laboratoire incompréhensible à expliquer après coup, erreur de clic dans la prescription entraînant la prescription d'un médicament à la place d'un autre... Néanmoins, le repérage de ces situations implique d'avoir pris conscience

207 Michel P, Minodier Q, Lathelize M, et al. (2010) Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales réalisées en 2009 et 2004. DREES, Études et résultats n° 17.

208 Amalberti R, Bons-Letouzey C, Sicot C (2009) *La gestion des risques en médecine générale, une affaire de tempos*. Responsabilité, 2009, 33, Vol. 9 : 5-11.

que ces situations sont fréquentes, et de rester en permanence vigilant alors que les capacités cognitives sont utilisées à résoudre au jour le jour les pathologies rencontrées.

3. Déclarations peu contributives

Une des raisons de l'importante marge d'incertitude provient de la difficulté d'obtenir un recueil spontané des déclarations d'événements indésirables par les médecins généralistes. Ceux-ci sont encore trop souvent dans une culture du blâme et du secret. Quand quelque chose se passe mal, quand un événement qui n'était pas prévu dans l'évolution naturelle de la maladie affecte un patient, la tendance naturelle pour le médecin est d'essayer de cacher son éventuelle implication et de recouvrir rapidement l'événement du voile de l'oubli. Or, l'on sait maintenant que ces événements ont des causes profondes multiples, le plus souvent structurelles, et que l'on risque de répéter l'erreur si ces causes n'ont pas été analysées et si des mesures de correction n'ont pas été prises.

La déclaration volontaire des événements indésirables est aussi peu contributive en ville qu'à l'hôpital. Les principaux arguments mis en avant par les médecins pour ne pas faire de déclaration sont le problème de définition des événements indésirables, la motivation des médecins pour le sujet, le manque d'habitude des médecins généralistes à analyser les dysfonctionnements, leur formation, l'absence de protection légale suite aux déclarations, l'ergonomie des systèmes de signalement et l'utilisation d'Internet.

En Angleterre, pays où le système basé sur le médecin généraliste est très important et où le système de déclaration des EI est obligatoire, on constate que la sous-déclaration est massive puisque les rapports envoyés par les soins primaires concernent 0,25 % des rapports (environ 2 000 incidents déclarés) et que cette sous-déclaration concerne la médecine générale mais également les pharmacies, les soins dentaires et ophtalmologiques²⁰⁹.

Si l'on revient à la discussion évoquée au cours du dîner présentée en tête de ce chapitre, on comprend mieux pourquoi l'un des convives déclare qu'il ne se souvient pas d'avoir fait récemment des erreurs. Plus que d'erreurs, il faut parler d'incidents, voire de micro-

209 Rapport 2008-2009 à la Chambre des Communes du « Health Committee » sur Patient safety. Accessible sur Internet : <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/151/15102.htm> (vérifié au 30 mars 2012).

incidents dont la grande majorité est insignifiante et n'a aucune conséquence pour le patient. Néanmoins, chacun de ces incidents est révélateur d'une faille dans le système, qui porte en elle potentiellement les conditions de survenue de l'erreur grave avec son risque d'impact sur la santé du patient. Alors, comment garder en mémoire ces micro-incidents rencontrés tous les jours et comment en parler avec ses confrères pour mettre en place des barrières de sécurité ?

En attendant que les logiciels médicaux soient capables de faire remonter de façon automatique des incidents survenus dans la pratique²¹⁰, c'est aux praticiens de les identifier.

4. Comment identifier les incidents intéressants ?

Pour identifier les incidents, il est nécessaire tout d'abord d'être convaincu de l'intérêt de cette détection. C'est la base de ce qu'on appelle la culture de la sécurité.

Qu'est-ce que la culture de la sécurité ?

Il existe plusieurs définitions de ce que l'on appelle la culture de la sécurité. Toutes ne sont pas consensuelles. Retenons celle donnée par un groupe d'experts du Conseil de l'Europe : la culture de sécurité est un modèle intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à minimiser les dommages pour les patients pouvant résulter des processus de prestation des soins²¹¹.

À partir de là, les incidents peuvent être immédiatement évidents (je vois l'erreur que j'ai commise), être déduits de situations terminées (le parcours de ce patient n'a pas été correct) ou être en rapport avec la survenue d'un cas non habituel. En tout cas, tous les incidents détectés doivent être consignés dans un carnet spécifique dédié au recueil.

210 Dans une publication de la DREES (Amalberti R, et al. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. DREES 2007, Études et Résultats, n° 584), trois grandes classes de systèmes de signalement sont identifiées : les systèmes passifs reposant sur la déclaration des acteurs médicaux, les systèmes passifs reposant sur la déclaration des patients et les systèmes actifs fondés sur l'analyse de dossiers ou de traces électroniques.

211 Culture of safety: an integrated pattern of individual and organizational behavior, based upon shared beliefs and values, that continuously seeks to minimize patient harm which may result from the processes of care delivery'.

Ce carnet peut se présenter de la façon suivante :

Date de survenue	Histoire du cas	Évolution	Causes immédiates	Causes profondes (à rechercher en groupe)

5. Que faire après avoir identifié un événement indésirable ?

Dans un grand nombre de cas, il est possible de faire soi-même une analyse du cas et de mettre en place des barrières.

Mme G., 32 ans, vient consulter pour une toux évoluant depuis une semaine. Les symptômes ne sont pas très importants, mais la patiente, qui vient de débiter une grossesse, souhaite être rassurée. Le médecin l'ausculte et conclut à une bronchite virale banale pour laquelle il prescrit un traitement symptomatique.

Quelques jours plus tard, cette patiente vient avec Alain, l'aîné de ses enfants. À la fin de la consultation, elle déclare au médecin que sa toux ne fait qu'empirer. Pressé par une consultation chargée et par une sortie au spectacle programmée depuis longtemps, le médecin lui tend une ordonnance de radiographie pulmonaire en oubliant que Mme G. est enceinte. Heureusement, le radiologue est vigilant. Il appellera le médecin qui annulera la prescription, du reste pas très justifiée.

Le médecin est mortifié. Pourtant il ne s'est rien passé. L'EI a révélé une erreur importante que le médecin ne refera plus : chaque prescription se fera désormais dans le cadre du dossier du patient impérativement ouvert. Le médecin ne fera plus d'ordonnances « sauvages ».

Parfois, les événements détectés sont plus complexes et méritent d'être discutés dans un groupe. Le cadre idéal est représenté par le groupe de formation auquel adhèrent la plupart des médecins généralistes, et dans lequel ils ont l'habitude de rencontrer des confrères (des pairs) qui se connaissent et dont ils ne craignent pas un regard critique. *« L'apprentissage est meilleur quand les membres d'un groupe peuvent interagir et réfléchir sur leurs expériences mutuelles. En outre, le changement passe par une persuasion en douceur, ce que les spécialistes des sciences sociales appellent la « pression des pairs »²¹² ».*

212 Brami J (2006) EPP et groupes d'analyse de pratiques entre pairs : l'association idéale pour le généraliste. Rev Prat Med Gen 20: 903-5.

Il est tout à fait possible de décider qu'une fois toutes les trois réunions par exemple, ou une fois par an, le groupe d'échanges de pratiques se transforme en revue de morbi-mortalité (RMM).

Qu'est-ce qu'une revue de morbi-mortalité ?

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est « *une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins*²¹³ ».

Une information complète sur les RMM sera trouvée dans le guide méthodologique édité par la HAS en 2009²¹⁴. Retenons qu'il s'agit d'une méthode pédagogique permettant aux praticiens d'examiner dans la confidentialité les événements indésirables qui se sont produits, et de trouver des moyens pour que les événements rencontrés ne se reproduisent plus en installant des barrières de sécurité.

En pratique, comment se passe une séance de RMM ?

L'un des médecins du groupe présente un cas, de façon narrative et chronologique, sans essayer de trouver une explication. Les membres du groupe l'interrogent ensuite pour essayer de comprendre comment l'incident est arrivé, puis, pourquoi. À partir de cette analyse, le groupe peut identifier les changements à mettre en œuvre pour que ce type d'incident ne se reproduise plus. En somme, la RMM permet d'apprendre à partir de ses erreurs mais aussi à partir des erreurs de ses confrères.

Pour analyser le cas, il n'y a pas de méthode consensuelle en médecine générale. Il est possible d'utiliser plusieurs méthodes²¹⁵ :

- la méthode des barrières ;
- la méthode de l'arbre des causes ;
- la méthode reprenant le modèle de Reason ;
- la méthode Alarm, élaborée d'abord à l'hôpital puis adaptée par l'équipe

213 HAS (2010) Revue de mortalité et de morbidité (RMM) et médecine générale. Guide méthodologique. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/rmm_et_mg_4_pages_11_02_2010.pdf (vérifié au 30 mars 2012).

214 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf

215 Pour une description approfondie de ces méthodes, se référer au livre de Brami J, Amalberti R (2009) *Les risques en médecine générale*. Paris: Springer Verlag France.

- de Philippe Michel dans le cadre de l'étude Evisa²¹⁶ ;
- la méthode des Tempos, qui sera décrite dans le chapitre suivant.

6. Pour conclure ce chapitre, que retenir ?

Les événements indésirables en médecine générale existent. Ils sont la plupart du temps rectifiés spontanément par le médecin qui s'en rend compte immédiatement. Néanmoins ces incidents, même minimes, révèlent des failles de sécurité qui peuvent être à l'origine d'événements réels et graves.

Renforcer la culture de la sécurité dans l'ambulatorio est important, pour que les professionnels prennent conscience des risques et renforcent la sécurité quand ils prennent en charge un patient. Cette prise de conscience passe par l'identification des incidents minimes (et bien sûr des événements graves), leur analyse en groupe de pairs et la mise en place de barrières pour éviter que ces incidents se reproduisent.

216 Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru-Sonnet R (2009) EVISA: les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes. Rapport final, Bordeaux. Accessible sur le Web : <http://www.ccecqa.asso.fr/projets/evisa>

La gestion des temps : échanges de risques et sacrifices

« [...] l'activité du médecin généraliste conduit à une forme des temps à la fois plus routinière, en raison de journées faites essentiellement de consultations, plus aléatoire, en raison de la part importante d'urgences et plus fractionnée en raison de la brièveté des consultations²¹⁷ ».

La pression sur l'agenda du médecin ne cesse d'augmenter

Le temps de travail effectif des médecins généralistes reste très peu connu, même si les données disponibles permettent d'en connaître un ordre de grandeur²¹⁸. Les généralistes déclarent travailler entre 52 et 60 heures par semaine, 61 % de ce temps seraient consacrés aux soins libéraux, 19 % aux soins hors du cadre libéral et 20 % aux activités qui ne relèvent pas du soin (tâches administratives, formation...).

L'URPS Île-de-France²¹⁹ a toutefois conduit une vaste enquête en 2010 sur la charge de travail des généralistes, qui nous éclaire. L'enquête a porté sur 6 253 consultations, chez des confrères exerçant à 84 % en secteur 1 :

- 72 % des consultations durent plus de 15 minutes (moyenne de 17 minutes) ;
- 47 % des consultations contiennent au moins deux motifs de consultation (moyenne de 1,7 motif).

217 Micheau J, Molière E (2010) Activité et emplois du temps des médecins libéraux. DREES, Études et recherche n° 98: 75.

218 Le Fur P (2009) Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. IRDES Questions d'économie de la santé, n°14.

219 Enquête URPS médecins Île-de-France/SMSI menée auprès des médecins généralistes franciliens entre juin et novembre 2010, par questionnaire auto-administré, portant sur l'analyse de 6 253 consultations. <http://www.urps-med-idf.org/publication/index.asp>

Au-delà de l'interrogatoire du patient, de son examen clinique, de l'éducation thérapeutique et de la prescription, les médecins réalisent près de 30 tâches supplémentaires par jour.

Sur une semaine, les 165 tâches supplémentaires réalisées se répartissent ainsi :

- 46 concernent la prévention ou un conseil en santé ;
- 31 concernent les tâches administratives ;
- 30 concernent la recherche médicale autour de la consultation ;
- 26 correspondances à un confrère ;
- 20 rédactions de certificats hors motif de consultation ;
- 12 ordonnances marquées en actes gratuits.

À noter que 15 % de ces tâches concernent une autre personne que le patient vu en consultation (parents, enfants...).

Ainsi pour un seul acte rémunéré, une consultation durant 17 minutes contient deux motifs médicaux ainsi qu'une tâche supplémentaire par acte.

D'un point de vue sociologique, deux évolutions importantes ont marqué le début de la décennie 2000 : la convergence des niveaux d'activité des médecins quels que soient leur âge et la féminisation de la profession. Les formes d'activités se sont également modifiées avec, en particulier, l'augmentation de fréquence du temps partiel ou de la multiactivité.

Globalement, le nombre de médecins libéraux baisse (60 % sont installés en libéral en 2009 contre 72 % en 1972), alors que les aspirations privées des générations médicales montantes et les contraintes administratives ne cessent de réduire le temps utile au travail²²⁰.

Le médecin libéral travaille aujourd'hui beaucoup et la pression du temps génère un ressenti d'intensification de l'activité (plus de choses à faire dans un moindre temps), avec une vulnérabilité encore plus grande aux interruptions de toutes sortes, majorée par les nouveaux médias de communications nomades (téléphone, mail, SMS).

Cette situation n'est pas propre à l'exercice médical, mais elle est clairement source de *burn out* paradoxaux et d'un grand nombre d'erreurs par télescopage d'activités.



Savoir gérer son agenda, ou plus exactement ses agendas (privés, professionnels et administratifs) et prioriser les demandes devient une connaissance stratégique pour la gestion des risques. Toute faillite dans le contrôle de ces agendas peut entraîner des erreurs sur le patient.

220 Dang Ha Doan B, Levy D, Teitelbaum J, Allemand H (2009) Les médecins libéraux et les autres praticiens. Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 49(1): 6-17.

1. Apprendre à échanger les crédits de temps

Le Dr Pierre N. est le médecin traitant depuis 4 ans de Mme Joséphine P., une patiente de 82 ans, résidente d'une maison de retraite avec laquelle il collabore. Il connaît bien Joséphine et elle ne lui pose guère de problèmes, même avec des antécédents notables : grosse surcharge pondérale (97 kg pour 1,58 m), diabète non insulinodépendant, HTA. Elle est stabilisée avec notamment Glucophage (2 cp le midi), Kardegic 75 et Loxen (3 cp, 60 mg/j). Pourtant, ce jeudi à 15 h 10, il reçoit un appel de l'infirmière de la maison de retraite concernant précisément Joséphine ; il est alors en consultation au cabinet avec une salle d'attente pleine et déjà quelques signes de retard dans son agenda d'après-midi (qui se poursuit à partir de 18 h 00 par trois visites déjà programmées) : « Bonjour Docteur, Mme P. ne se sent pas bien, elle est restée dans sa chambre et n'a pas voulu manger, elle est nauséuse avec une oppression thoracique depuis ce matin ». Après une courte discussion au téléphone qui ramène peu d'autres éléments inquiétants (TA 10-8, test bandelettes d'urines normales), il demande à l'IDE de faire un ECG et lui dit (un peu ennuyé vu l'agenda) qu'il passera la voir le soir même. Plus tard dans l'après-midi, nouvel appel de l'infirmière, « l'ECG est fait, Mme P. va mieux, elle n'est plus nauséuse et elle se repose ». Pierre décide de reporter la visite au lendemain matin. Quand il arrive le lendemain, il demande à voir l'ECG et s'aperçoit que Mme P. a fait un authentique infarctus du myocarde. Il fait hospitaliser immédiatement Joséphine. Pierre s'en veut sur le moment, mais se dit qu'il était bien difficile de faire autrement.

Que dire à Pierre s'il raconte ce cas clinique dans un groupe de pairs ? Quelle stratégie aurait permis de réduire le risque que Pierre a pris ?

Qu'a fait le médecin ? **Il a géré des crédits de temps** ; sous la pression (habituelle), il a d'abord échangé du temps pris sur le reste de sa consultation contre du temps accordé à Joséphine (poursuite d'un long interrogatoire au téléphone, visite prévue au départ le jour même). Puis, quand il a reçu le deuxième appel de l'infirmière qui lui a fait reporter sa visite au lendemain, il a repris (pense-t-il raisonnablement) une partie du temps qu'il devait consacrer à Joséphine pour le redistribuer aux autres patients de l'après-midi. Le risque pris sur Joséphine a été échangé contre un travail bien fait comportant moins de risques sur les autres patients.

Nous faisons tous ces choix à chaque instant... Renoncer à faire déshabiller le patient âgé qui vient pour un renouvellement d'ordonnance, éviter une discussion psychologique incertaine qui peut faire perdre 10 minutes avec un patient à la vie compliquée, mais rester en revanche plusieurs minutes au téléphone, pour joindre un correspondant hospitalier dont on souhaite un avis urgent.

Dans un métier aussi complexe et prenant que celui de la médecine générale, sous une pression psychologique et temporelle presque continue, par le fait des patients et/ou de soucis plus personnels, nous savons tous qu'il n'est pas possible de tout faire aussi bien que nous le souhaitons et qu'on devra contrôler le temps, en gagner sur certaines actions que l'on veut vraiment assurer, ou en perdre sur d'autres, qui seront accélérées (parfois à la limite du bâclage), ou remises à plus tard.

Dans le cas de Pierre, sa stratégie de visite décalée au lendemain peut être acceptée dans son principe. Mais à partir du moment où il prescrit un ECG et qu'il n'interprète le résultat que le lendemain, cette stratégie devient contestable. Assumer le risque de façon plus sûre aurait sans doute consisté à demander à l'infirmière de transmettre l'image de l'ECG.

On retiendra que gérer son temps professionnel, c'est gérer des risques pour ses patients²²¹.

Rien n'est totalement intuitif en la matière, et même si l'on apprend par l'expérience comme M. Jourdain, cette expérience est très variable de l'un à l'autre. Apprendre à discuter un dossier de patient en groupe de pairs avec une méthode centrée sur le contrôle du temps est une vraie expérience pour s'interroger sur ses pratiques.

2. L'art de la sécurité : piloter d'abord la patientèle avant le patient

À un moment où la médecine tend à devenir une déclinaison scientifique de pratiques réglées, voire prouvées, l'art médical a tendance à ne plus s'intéresser au seul colloque singulier (d'ailleurs de moins en moins singulier et de plus en plus codifié), pour développer une vision globale de la patientèle. Cette vision globale, non enseignée en faculté, tend à un contrôle cohérent et dynamique de l'ensemble des patients, avec tous les compromis induits par ce contrôle.

Il faut en effet amener, autant que faire se peut, tous les patients du cabinet à une amélioration clinique, en restant humainement disponible (tous les patients méritent l'écoute), socialement efficace (pour un coût maîtrisé par la société et en connaissant bien sa propre dépendance au reste du système médical) et personnellement préservé (en travaillant un

221 Brami J. Amalberti R (2009) Les risques en médecine générale. Paris: Springer Verlag France.

nombre d'heures défini, au-delà duquel d'autres priorités existent aussi).

On sait intuitivement que la satisfaction idéale de chacune de ces dimensions excède largement le temps total dont dispose le médecin. Il lui faut donc faire des choix, arbitrer, prioriser, reculer avec discernement des actions qu'il aurait pu faire immédiatement, anticiper d'autres actions, bref s'adapter en permanence dans la gestion de ce flux de contraintes compétitives et contradictoires.

L'art dont on parle est celui d'un compromis professionnel maîtrisé, qui permet de piloter des dizaines, voire des centaines de trajectoires de patients simultanément, pour amener chacun à bon port, sans perdre soi-même le contrôle économique du cabinet médical et sans souffrir de conséquences personnelles ou familiales majeures.

La métaphore de la conduite automobile apparaît appropriée. En voiture, pour aller d'un endroit à un autre, on jongle en permanence avec la vitesse maximale autorisée, la consommation optimale d'essence, les conditions météorologiques, ses propres contraintes d'arrivée, son état de fatigue et les milliers de contrariétés provoquées par les autres usagers. En permanence, on commet des écarts ponctuels mais volontaires par rapport au Code de la route pour le bénéfice de la sécurité (dépassement sûr en léger excès de vitesse, écart de trajectoire un peu fort pour sécuriser un piéton ou un cycliste), ou pour gérer des erreurs de trajectoire ou des contraintes d'horaires (on « coupe » un virage pour absorber un excès de vitesse à l'entrée de ce virage, lui-même lié à la récupération d'un retard accumulé...). Tous ces écarts restent acceptables s'ils sont conscients, maîtrisés et finalement justifiés par un compromis raisonnable. Mais qu'est-ce qu'un compromis raisonnable ? Comment estimer cette maîtrise de la conduite globale de la patientèle ? Comment ne pas multiplier par ces mini-erreurs le risque d'erreur grave ?

L'approche qualité et sécurité des soins actuelle ne répond pas à cette question, car elle est construite sur la même logique que celle qui prévaut à l'université, celle des groupes et pathologies de patients équivalents, alors que l'objet de cet ouvrage renvoie au contraire à des logiques individuelles et personnelles. Chaque médecin prend en charge, selon des modalités qui lui sont propres, à la fois les patients individuels et la patientèle dans sa globalité.

Le contrôle des différents types de temps que doit gérer le médecin de ville avec des dates butoirs, des points critiques, des agendas perturbés, est au centre de ce regard nouveau.

3. Les différents temps de l'activité médicale comme caractéristiques du risque à maîtriser²²²

L'activité médicale génère une immense variété de cas et de situations, qui sollicitent plusieurs types d'anticipations pour garder le contrôle à la fois de la pathologie du patient et de l'économie du cabinet. On peut ainsi distinguer cinq différentes sources de temps, ou tempos, qu'il convient de contrôler chacun pour ce qu'il représente de risques propres, et au niveau du tout (de la synchronie de ces cinq tempos) pour garder le contrôle global.

Le tempo de la maladie et du traitement est sûrement celui qui a la plus grande dimension par rapport aux autres temps maniés par le médecin pour classer le patient et pour guider l'action que l'on a avec lui, le revoir, le transférer, le gérer avec des boucles externes importantes... On sait par exemple que :

- un syndrome grippal standard va évoluer sur 6 jours en moyenne avec un rebond (le classique V grippal) ;
- la plupart des cancers ont une évolution assez lente pour autoriser une exploration sans hospitalisation sans prendre de risques inconséquents d'aggravation sur une période de 1 à 3 mois (le temps de récupérer tout le bilan) ;
- une suspicion de syndrome de queue de cheval sur hernie lombaire ne peut pas attendre et doit être hospitalisée tout de suite ;
- un traitement antalgique sur une lombalgie peut demander plusieurs jours pour porter ses fruits.

Bref, on connaît par expérience (plus que par apprentissage à l'université) des durées, des fenêtres de temps utiles et raisonnablement sécurisées qui permettent de distribuer le temps avec une priorité différente sur chaque patient, de rassurer et aussi d'organiser son activité, en se réservant des flexibilités selon l'urgence perçue du temps restant pour contrôler le patient. Si le Tempo de la maladie est différent de celui prévu par le médecin (la rhinopharyngite du matin qui se révèle être la pneumonie à pneumocoque rapidement évolutive de la fin de l'après midi par exemple) le risque est alors maximal.

Le tempo du patient est différent mais tout autant stratégique. Le patient contrôle une partie de l'agenda de sa maladie ; il décide d'exprimer ses

222 Amalberti R, Brami J (2011) Tempos Management in Primary Care: a Key Factor for Classifying Adverse Events, and Improving Quality and Safety. *BMJ Qual Saf*, on line first, <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/09/02/bmjqs.2010.048710.full.pdf>

symptômes selon des modalités fortement pondérées par sa personnalité et ses propres angoisses, parfois alarmiste, parfois au contraire réticent à parler de ce qui lui fait peur. Il se plaint souvent de retard de diagnostic, mais les études montrent qu'il participe lui-même souvent à ces retards, tardif dans sa demande, négligent dans l'exécution des examens prescrits, noyant la demande dans un concert d'autres demandes jugées plus prioritaires, ou simplement participant par son ton et ses attitudes à réduire l'échange avec le médecin^{223,224}.

Le tempo du cabinet est le plus familier, il conjugue quatre facteurs à maîtriser autour de la conduite de la consultation :

- le temps de l'examen, du déshabillage et rhabillage particulièrement chez les personnes âgées, de l'interrogatoire, de l'annonce et de l'explication... ;
- les interruptions incessantes, qu'il s'agisse de téléphone, de malades surajoutés, de visites impromptues... ;
- tous les temps administratifs à glisser dans la journée : temps de gestion financière bien sûr, mais plus encore les temps répétitifs d'appels des collègues (au point de souvent renoncer à avoir son interlocuteur qui est occupé, injoignable), les temps de classement et de regard sur le courrier et les examens complémentaires... ;
- enfin les temps privés.

La médecine n'est qu'un morceau de vie, et il faut souvent accorder des priorités ponctuelles à des temps de vie privée glissés dans l'agenda professionnel (gérer des problèmes, rentrer plus tôt pour une raison familiale, s'occuper de charges intercurrentes dans la journée pour les enfants ou le foyer...).

Le tempo du système médical est redoutable. En ville les patients sont libres, et toute prescription d'examen ou de consultation spécialisée est aléatoire. On ne sait jamais totalement quand le patient va revenir, va obtenir le rendez-vous, va obtenir le résultat... Cette incertitude rejoint le tempo de la maladie : on a en tête des intervalles de temps utiles, mais qui peuvent s'avérer fragiles : par exemple un bilan pour fatigue n'est pas urgent à une semaine près, mais une prescription de dosage de goutte épaisse n'a de sens que si on la récupère dans la même demi-journée... Certains examens sont « injouables » dans le tempo de la maladie, par exemple obtenir un bilan imagerie et une consultation de neurologue en externe

223 Barber N (2002) Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care* 11: 81-4.

224 Buetow S, Kiata L, Liew T, et al. (2009) Patient error: A preliminary taxonomy. *Ann Fam Med* 7: 223-31.

dans la journée parce qu'on a une suspicion de début de syndrome de queue de cheval... mieux vaut ne pas prendre le risque et hospitaliser.

Enfin, le tempo cognitif du médecin est sans doute le tempo le plus singulier parce qu'il joue sur un temps le plus souvent assez court, mais tout de même perturbant pour le travail : il touche à nos capacités du moment à retrouver l'information dont on a besoin face au patient, fonction de la fatigue, de la fréquence avec laquelle on utilise ces informations, et des interruptions subies au moment de l'amorçage de recherche d'information en mémoire (distractions, mémoire envahissante d'un autre mot ou d'une autre situation qui font écran à l'accès en mémoire). Dans bien des cas on sait que l'on connaît cette information, mais on se rend compte aussi qu'on ne la recouvrera pas en temps utile devant le patient, et on va faire une circonvolution intellectuelle, changer de stratégie, de médicament, faire autrement sans trop le montrer au patient pour ne pas perdre la face. Ces pannes cognitives relatives peuvent souvent conduire à oublier ce qu'on voulait dire ou questionner, ou prescrire au patient.



Tout l'art du médecin consiste à jouer des temps plus qu'à être pris par le temps !

4. Synthèse, que retenir ?

Le temps est un révélateur de l'évidence. Plus on attend, plus les phénomènes qui ont une évolution propre se révèlent. Jouer avec le temps est donc fondamental, particulièrement en ville puisque les patients ont des pathologies plus volontiers débutantes. En même temps, le temps gagné sur l'une des dimensions citées précédemment est toujours réutilisé pour un bénéfice, pour une autre dimension. La personne âgée qui vient pour un renouvellement d'ordonnance ne sera pas déshabillée, et ce temps gagné profitera peut-être à la demi-heure d'explication qu'il faut consacrer à une annonce difficile à la jeune patiente d'après, ou à un temps social gagné à la maison par un retour plus tôt que l'habitude. Tous les temps et tous les tempos s'échangent dynamiquement ; ce que l'on donne à l'un est enlevé aux autres, mécaniquement, puisque l'écoulement total du temps est lui guidé par des lois physiques externes. Cette gestion peut être aidée, elle est tout sauf intuitive, et son dérapage chronique peut conduire à une explosion des erreurs médicales.

5. Que faire pour s'améliorer ?

Quatre types d'interrogations doivent vous permettre d'évaluer votre contrôle du travail et de l'agenda :

- Arrivez-vous à préserver vos trois agendas (patient, administration et vie privée) sans avoir à sacrifier l'un d'entre eux ?
- Programmez-vous au moins une consultation vide toutes les 2 heures pour amortir les surprises, retards, urgences et imprévus ?
- Chaque fois que vous gagnez du temps avec un patient (ne pas le déshabiller, aller directement à une solution de reconduction d'ordonnance, renoncer à une discussion), gardez-vous la mémoire écrite de ce risque pour le compenser dans une consultation suivante ?
- Disposez-vous d'un réseau d'aides immédiatement disponibles sur appel par portable à toute heure du jour (des amis en quelque sorte), collègues spécialisés, radiologues, cardiologues, hospitaliers, qui peuvent vous aider dans votre décision quand vous avez le patient en face de vous ?

EN CONCLUSION, QUE RETENEZ-VOUS ?

Construisez votre check-list de sécurité

L'image du pilote d'avion qui énumère à haute voix la procédure indispensable à la sécurité, est une image rendue familière par le cinéma ou la télévision. Au cours de cette procédure, appelée check-list, toutes les étapes nécessaires au décollage et à l'atterrissage de l'avion sont détaillées afin de vérifier que les dispositifs indispensables sont en bon état de marche. La check-list a fait récemment son entrée dans le domaine de la santé. Portée à l'origine par l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) qui milite pour la généralisation d'une telle procédure au bloc opératoire, elle a été déclinée dans un certain nombre de pays, tels que la France : dès janvier 2010, la Haute Autorité de santé (HAS) l'a imposée dans tous les établissements de santé qui disposent d'un bloc opératoire.

On peut comprendre qu'un bloc opératoire puisse être comparé au cockpit d'un avion : le niveau de risque est élevé, les membres de l'équipe (de l'équipage) qui vont réaliser l'acte opératoire sont interdépendants et... le patient endormi (le passager passif) n'est pas en mesure de protester si le site opératoire est différent de celui initialement prévu. Mais pourquoi évoquer une check-list pour la médecine générale ?

Dans cette discipline :

1. le risque médical est mal connu, mais reste faible ; le pourcentage d'incidents affectant la sécurité du patient varie selon les études de 0,004 à 240 pour 1 000 consultations²²⁵ ;
2. la coopération interprofessionnelle se rapproche davantage de la prise de décision successive entre les différents intervenants que du réel travail en équipe ;

225 Makeham M, Dovey S, Runciman W, et al. (2007) Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research, Results of a literature review On behalf of the Methods & Measures Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety.

3. le patient joue un rôle plus actif qu'à l'hôpital dans sa prise en charge (liberté plus grande de choisir la structure dans laquelle il va se faire soigner, d'accepter ou de refuser la séquence de soins proposée, de prendre ou non le traitement prescrit).

La littérature met en évidence trois grandes catégories d'événements indésirables en médecine générale, déjà évoquées plus haut dans cet ouvrage. En premier lieu, les erreurs de diagnostic et les diagnostics retardés²²⁶. Puis viennent les difficultés pour le patient d'accéder à son médecin, surtout en dehors des heures d'ouverture du cabinet ou à l'occasion des appels téléphoniques au moment des consultations^{227,228}. Enfin, les événements indésirables sont en rapport avec des problèmes de communication à l'intérieur du cabinet médical (par exemple urgence d'un rendez-vous mal perçue par la secrétaire ou examen de laboratoire revenu anormal et rangé avant d'être vu par le médecin) ou à l'extérieur (consultation spécialisée prescrite mais délais de rendez-vous trop longs)²²⁹.

Dans 45 % à 76 % des cas, ces « événements indésirables » seraient évitables²³⁰. On comprend mieux, dès lors, l'importance de mettre en place des procédures qui permettent de les réduire. Une de ces procédures pourrait être l'utilisation d'une check-list.

À quoi pourrait ressembler une check-list en médecine générale ?

La check-list en médecine générale n'a pas vocation à être déroulée avant chaque consultation. Mais il pourrait s'agir d'une procédure inscrite dans la routine du cabinet et qui pourrait être revue à certaines occasions. Par exemple, pour les cabinets qui reçoivent des internes, il ne serait pas inutile de la reprendre tous les 6 mois, au moment où ils changent de service, et

226 Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, Studdert DM (2006) Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med.* 2006 Oct 3;145(7):488-96.

227 Hildebrandt D, Westfall J, Fernald D, Pace W (2006) Harm resulting from inappropriate telephone triage in primary care. *J Am Board of Family Practice* 19: 437-42.

228 Derkx H (2008) Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: a cross sectional national study. *BMJ* 337: 1264.

229 Kripalani S, Le Fevre F, Phillips C, et al. (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297: 831-41.

230 Makeham M, Dovey S, Runciman W, et al. (2007) Methods and measures used in primary care patient safety research, results of a literature review on behalf of the methods & measures working group of the WHO World Alliance for Patient Safety.

de voir s'il persiste des points d'ombre. Outre son intérêt pour mettre en évidence des failles dans la sécurité, une telle check-list aurait également un rôle pédagogique auprès des jeunes étudiants. Dans d'autres circonstances, la check-list pourrait être déroulée lors d'une réunion spéciale dans le cas d'une maison médicale pluridisciplinaire ou d'un groupe de pairs.

La première question à se poser concerne la santé du professionnel et son risque personnel d'épuisement.

- A-t-il déclaré un médecin traitant et le consulte-t-il en cas de besoin ?
- A-t-il pris une assurance prévoyance ?
- Qui assure les frais de cabinet s'il tombe malade ?
- Se ménage-t-il des pauses dans la journée ?
- Sait-il gérer son stress ?
- ...

La deuxième question concerne le temps réel consacré à la pratique clinique, car plus de la moitié du temps médecin serait consacrée à des tâches administratives²³¹.

- A-t-il un secrétariat ?
- Consulte-t-il sur rendez-vous ?
- Prend-il les appels téléphoniques pendant les consultations ?

La question de l'urgence est également importante.

- A-t-il une stratégie de réponse au téléphone ?
- Vérifie-t-il sa trousse d'urgence de temps en temps ?
- Est-il préparé à une urgence extrême ?

Pendant la consultation, laisse-t-il du temps au patient pour s'exprimer ? On l'a vu, la consultation dure en moyenne 15 minutes, la visite 18 minutes et le patient n'aurait que 30 secondes pour exposer son problème.

- Tient-il compte de toutes les plaintes formulées par le patient ?
- Les hiérarchise-t-il avec lui ?
- Sait-il proposer une consultation spécifique pour une plainte complexe ?
- Prend-il le temps d'expliquer (d'éduquer) pour faire du patient un partenaire actif ?

Mais beaucoup d'autres questions peuvent constituer la check-list.

- Centralise-t-il les informations ?
- Fait-il le lien avec les autres intervenants ?
- Échange-t-il des informations avec les autres soignants ?
- Sécurise-t-il sa prescription (ordonnances sécurisées) ?

231 Drees. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Études et résultats. Numéro 315. Juin 2004.

- A-t-il mis au point une procédure d'analyse des dysfonctionnements du cabinet ?

Une check-list est personnelle, constitutive de l'organisation du cabinet et témoin de la façon de travailler du praticien. Il est donc indispensable de réfléchir à ce que pourrait contenir SA check-list. Pour y arriver, nous vous proposons de reprendre chacun des chapitres que nous avons abordés dans cet ouvrage et de se poser quelques questions :

Chapitre	Quels sont les points que j'ai retenus de ce chapitre ?	Est-ce que j'ai repéré des dysfonctionnements dans l'organisation de mon cabinet ?	Quelles sont les questions que je vais retenir pour constituer ma check-list personnelle ?
Gestion de la consultation			
Consultations virtuelles avec les patients (téléphone, SMS, emails)			
Urgences			
Visites à domicile			
Dossier médical, prescriptions			
Organisation d'accueil, hygiène et sécurité des locaux et du personnel			
Communications avec les confrères et l'hôpital			
Relations avec les patients			
Information et éducation du patient/entourage (y compris des mauvaises nouvelles)			
Événements indésirables détectés			
La gestion des temps : échanges de risques et sacrifices			

Construisez votre tableau de bord du risque médical

La check-list est ce que l'on appelle une procédure interne. C'est le praticien qui s'interroge sur le fonctionnement de son cabinet, repère les failles qui peuvent exister et met en place des procédures d'amélioration.

L'audit en ligne auquel vous avez accès constitue une procédure externe. Les auteurs du livre ont sélectionné 110 questions qui leur paraissent essentielles. Certaines de ces questions vous paraîtront faciles, d'autres vous interrogeront sur votre pratique. D'autres encore vous paraîtront obscures. Au total, une fois que vous aurez répondu à l'ensemble des questions, vous aurez commencé à construire le tableau de bord que nous avons évoqué au début.

Ce tableau de bord a un double intérêt. Tout d'abord il vous permet de vous situer par rapport à vos confrères. Ensuite, il peut constituer un outil d'amélioration très important. En suivant les indicateurs au fil du temps et en leur attribuant des symboles, vous pouvez savoir si vous avez amélioré le fonctionnement (☺ ou ↗), s'il n'y a pas eu de changement (☺ ou →), ou s'il y a eu dégradation (☹ ou ↘).

Index

- Accueil et accessibilité au cabinet 98
- Agression 64, 66, 104, 105
- Annonce d'un dommage associé aux soins 140
- Audit 9, 13, 14, 183
- Burn out 9, 11, 24, 152, 153, 168
- Capital temps 9
- Check-list 179-183
- Conciliation médicamenteuse 116
- Culture de sécurité 162
- Déchets d'activité de soins (DASRI) 91, 93, 95
- Déclaration d'événement indésirable 156
- Devoirs du médecin dans l'urgence 52
- Distractions 27, 28, 34, 174
- Document unique 105-107
- Durée de la consultation 24
- Échange de risques 26
- Écoute du patient 23, 30
- Écoute du patient victime 140
- Effets secondaires des médicaments 63, 157
- ENEIS 160
- Erreur 9, 12, 13, 17, 21-24, 26-29, 42, 48, 63, 71, 73-76, 78, 80, 81, 83, 85, 87, 112-114, 116, 117, 121, 125, 126, 134, 135, 137, 138, 141, 146, 147, 150-152, 155-164, 168, 171, 174, 180
- Erreurs de diagnostic 48, 158, 180
- Erreurs médicamenteuses 21, 71
- Événement indésirable grave 134, 159
- Événement indésirable lié aux soins 159
- Événement porteur de risque (EPR) 17, 159
- EVISA 165
- Excuse 54, 104, 140
- Gestion de l'appel urgent 54
- Gestion des consignes au cabinet pour les internes et les remplaçants 112
- Gestion des risques 10, 12, 17, 145, 160, 168
- Heartsink patient 123, 126
- Hygiène au cabinet 89, 90, 92,
- Incidents 12, 49, 66, 103, 140, 146, 161, 162, 165, 179
- Information du patient 31, 84, 137
- Informatisation du dossier médical 73
- Interruptions 23, 24, 27, 28, 30, 33, 34, 168, 173, 174
- Médecine défensive 84-87
- Pannes cognitives 174
- Patient participatif à sa sécurité 144
- Patients non observants 122, 130, 132
- Patients perçus comme conflictuels 122
- Permanence des soins 37, 44, 48, 54, 58, 59
- Prescription sur ordonnance 73
- Pression 22, 141, 163, 167-170
- Relations avec les confrères 110

- Relations avec les patients 10, 121, 182
- Retard de diagnostic 21, 173
- Revue de morbi-mortalité RMM 164
- Risques associés à la tenue du dossier médical 69
- Risques associés au suivi du retour des examens médicaux 78
- Risques associés aux visites à domicile 61
- Risques infectieux 93, 95, 96
- Risques spécifiques liés à l'utilisation du mail 41, 42
- Risques spécifiques liés à l'utilisation du téléphone 42
- Seconde victime 137, 150, 152
- Secret médical 114
- Sécurité des pratiques 12
- Sécurité du médecin lors d'un déplacement 66
- Sites Web de patients 149
- Tempo 172-174
- Trousse d'urgence 57, 58, 181
- Vidéosurveillance 103