

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL


DOSSIER

Déclaration des Événements Indésirables Graves (EIG)

5 **POINT DE VUE**
→ L'avenir du métier
de médecin

29 **VIE PROFESSIONNELLE**
→ Démographie médicale
et accès aux soins : l'exercice
coordonné comme remède
possible aux déserts médicaux ?

37 **ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ**
→ Les directives
anticipées ou comment
parler avant de la fin
de vie ?



Retrouvez toute notre expertise
pour vous informer et vous former
sur **macsf-exerciceprofessionnel.fr**

EXERCICE PROFESSIONNEL

Le nouveau site macsf-exerciceprofessionnel.fr met toute l'expertise de la MACSF - Le Sou Médical à votre service. A travers des contenus riches et dynamiques, il vous apportera les conseils et informations dont vous avez besoin sur les thèmes de la responsabilité civile professionnelle, du risque médical, de la réglementation ou encore de vos conditions d'exercice. Retrouvez un large choix de formations, de vidéos pédagogiques et d'articles de fond. Suivez l'actualité et les évolutions du monde de la santé grâce à nos newsletters, consultez nos foires aux questions et téléchargez nos livres blancs.

3233

Service gratuit
+ prix appel

ou 01 71 14 32 33

macsf-exerciceprofessionnel.fr

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**
Le Sou Médical

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Le Sou Médical - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - SIREN n° 784 394 314 - SAM - Entreprises régies par le Code des assurances Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.

SOMMAIRE



5/9 POINT DE VUE

L'avenir du métier de médecin

10/23 DOSSIER



10/12

Les obligations en matière d'Événement Indésirable Grave

13/23

Déclaration des événements indésirables graves - Témoignage

24/33 VIE PROFESSIONNELLE

24/28

Assistants de Régulation Médicale (ARM) au SAMU Centre 15 : un référentiel désormais disponible

29/33

Démographie médicale et accès aux soins : l'exercice coordonné comme remède possible aux déserts médicaux ?

34/36 PROTECTION JURIDIQUE

Du remplacement à la collaboration

37/38 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

Les directives anticipées ou comment parler avant de la fin de vie ?

39/42 REGARD INTERNATIONAL

L'assurance des médecins aux États-Unis

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr Georges David
Professeur honoraire de biologie
de la reproduction

Pr Bernard Guiraud-Chaumeil
Ancien membre du collège
de la Haute Autorité de santé

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie
de médecine

Pr Jacques Hureau
Président d'honneur de la Compagnie
nationale des experts médicaux

M. Pierre Joly
Président de la Fondation pour la recherche
médicale

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

M. Jerry Sainte-Rose
Avocat général à la Cour de Cassation

Pr André Vacheron
Ancien président de l'Académie
de médecine, président du Conseil médical
du Sou Médical

M. Gérard Vincent
Délégué général de la Fédération
hospitalière de France

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

Dr Jacques Lucas
Vice-président du Conseil National
de l'Ordre des médecins, délégué général
aux systèmes d'information

MEMBRES

Dr François Baumann
Fondateur de la Société de formation
thérapeutique du généraliste

Pr Dominique Bertrand
Professeur en économie de la santé
Université Paris 7 Denis Diderot

M^e Muriel Bloch-Maurel
Avocat à la Cour

Dr Pierre-François Cambon
Chirurgien-dentiste, président d'honneur de
MACSF épargne retraite et MACSF financement

Pr Anne-Claude Crémieux
Professeur de maladies infectieuses,
Hôpital Raymond Poincaré

Pr Claudine Esper
Professeur de droit à l'université Paris-V

Pr Brigitte Feuillet
Professeur à la Faculté de droit
et de sciences politiques de Rennes

Dr Pierre-Yves Gallard
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président MACSF assurances

M. Yves-Henri Leleu
Professeur de droit à l'université de Liège

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

M. Nicolas Loubry
Responsable du département
Protection juridique et du bureau d'études
juridiques, MACSF

Pr Paul-Michel Mertès
Professeur d'anesthésie réanimation
à l'hôpital universitaire de Strasbourg

Dr Marie-Christine Moll
Médecin expert en gestion des risques

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

Mme Marguerite Merger-Péliér
Magistrat honoraire,
présidente adjointe des CCI,
vice-présidente du Comité d'indemnisation
des victimes des essais nucléaires français

Pr Fabrice Pierre
Professeur de gynécologie-obstétrique,
CHU de Poitiers

Pr Claude Piva
Professeur de médecine légale
à l'université de Limoges

Mme Suzanne Rameix
Philosophe, département Éthique
médicale de l'université Paris-XII

Pr Virginie Scolan
Professeur de médecine légale et droit
de la santé, CHU de Grenoble

Pr Claude Sureau
Ancien président de l'Académie
de médecine, membre du Comité
consultatif national d'éthique

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF - Le Sou Médical

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante éditoriale
Sabrina Biendiné

Conception et réalisation
Studio PAO MACSF

ÉDITEUR

Revue trimestrielle éditée par **MACSF,**
société d'assurance mutuelle
10, cours du Triangle-de-l'Arche
92919 La Défense Cedex
Tél. : 01 71 23 80 80
macsf.fr

Dépôt légal : mars 2017
ISSN : 2491-4657

Les opinions émises dans les articles
publiés dans cette revue n'engagent
que la responsabilité de leurs auteurs.



CRÉDIT ILLUSTRATION COUVERTURE :
JIMMY PÉRE.

Tandis que les études de médecine connaissent d'importantes mutations et que le métier de médecin suscite de nombreuses interrogations, comment la jeune génération envisage-t-elle l'avenir ? Comment améliorer la formation et la professionnalisation de ces jeunes médecins ? Quelles sont les aspirations des étudiants et comment envisagent-ils leur carrière ? Matthieu Calafiore, Vice-président du SNEMG (Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale) et membre du Collège National des Enseignants de Médecine Générale (CNEMG), nous fait part de son point de vue.

L'avenir du métier de médecin

MATTHIEU CALAFIORE, MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET MAÎTRE DE CONFÉRENCES À LILLE, PRÉSIDENT DU SNEMG (SYNDICAT NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE MÉDECINE GÉNÉRALE)

➤ Pourriez-vous nous faire un bref état des lieux de l'enseignement en médecine générale en France ? La création de Professeurs de médecine générale en a-t-elle modifié l'approche ?

Le nombre d'enseignants universitaires en médecine générale représente actuellement moins de 200 personnes, mais augmente progressivement depuis la création d'une filière universitaire de médecine générale et la mise en place d'une sous-section au Conseil National des Universités (CNU) en 2014, permettant de nommer des enseignants de médecine générale répartis dans toutes les facultés.

Ce nombre reste toutefois relativement faible au regard des autres spécialités. À l'échelle nationale, nous dénombrons en moyenne 1 enseignant ETP (Equivalent Temps Plein) de médecine générale pour 80 internes, contre 1 pour 5 dans d'autres spécialités comme la cardiologie. Ce ratio, même s'il est plus satisfaisant qu'auparavant, reste donc à améliorer pour assurer un encadrement suffisant.

La création d'une filière universitaire de médecine générale a changé énormément de choses. Auparavant, l'enseignement de la médecine générale était dispensé par différents spécialistes (cardiologue, ORL, gastro-entérologue, neurologue) au futur médecin généraliste, amené à appréhender plusieurs domaines. Le fait d'avoir des enseignants de médecine générale permet d'en reconnaître la spécificité. En effet, la prise en charge d'un patient se présentant en cabinet de ville avec

des signes d'hypertension ne peut être la même que dans un service hospitalier de cardiologie. Il existe des savoirs, des savoir-faire et des fonctionnements propres à la médecine générale, qui requièrent un enseignement spécifique.

Enfin, il est important pour les étudiants de pouvoir identifier un référent en médecine générale, au même titre que dans d'autres spécialités. Cela permet notamment aux étudiants qui n'ont pas encore fait leur choix de spécialité d'avoir un interlocuteur qui répond à leurs questions et qui les aide à s'orienter.

➤ En cas de mise en cause d'un médecin généraliste, la tendance reste pourtant de nommer, en tant qu'expert, un médecin spécialiste de la pathologie prise en charge par le médecin généraliste dans le cadre du dossier.

En effet. À cet égard nous pouvons citer l'exemple du dépistage et de la prise en charge d'un cancer de la prostate. Un médecin généraliste s'est déjà trouvé condamné en première instance pour ne pas avoir réalisé un dépistage par le dosage du PSA à l'un de ses patients et que l'expert urologue initialement nommé avait jugé fautif de ne pas le faire. La nomination d'un expert d'une autre spécialité a conduit à remettre en cause ce jugement.

La création de la sous-section 53-03 du CNU « Médecine générale » change la donne sur ce point, dans la mesure où elle permet la reconnaissance de la médecine générale

comme une spécialité à part entière et facilite la nomination d'un médecin généraliste en qualité d'expert.

La requalification de certains enseignants de médecine générale en qualité de référents, en ce qu'elle suppose un certain niveau d'expertise, va également en ce sens.

« Il est important pour les étudiants de pouvoir identifier un référent en médecine générale au même titre que dans d'autres spécialités. »

➤ Comment voyez-vous l'évolution de l'enseignement de la médecine générale en France ?

Cette évolution consiste d'abord en l'intégration de l'enseignement de la médecine générale dès le 2^{ème} cycle des études de médecine. Jusqu'à présent, les enseignants de médecine générale intervenaient le plus souvent auprès des internes de médecine générale, dans le cadre du 3^{ème} cycle (7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} années), mais rarement les années précédentes. Les étudiants avaient donc peu de contact avec les enseignants de médecine générale au cours des six premières années de leur cursus. L'intégration de l'enseignement de la médecine générale dès le 2^{ème} cycle d'études suppose d'ajouter de potentielles questions de médecine générale aux ECN (Epreuves ■ ■ ■

■ ■ ■ Classantes Nationales) de fin de 6^{ème} année. On pourrait également réfléchir à l'opportunité d'intégrer cet enseignement dès le 1^{er} cycle.

Favoriser, voire généraliser le stage au cabinet d'un médecin généraliste au cours du 2^{ème} cycle pourrait également contribuer à cette évolution. Non que les externes qui effectuent ce stage s'orienteront nécessairement vers la médecine générale, mais cette expérience leur permet de s'en faire une idée concrète venant conforter ou au contraire infirmer leur choix initial. Ce stage joue à mon sens un rôle fondamental dans l'orientation des étudiants.

➤ Quels sont actuellement les obstacles à la généralisation de ce stage de 2^{ème} cycle ?

Le recrutement des maîtres de stage constitue le principal frein rencontré aujourd'hui, en dépit de l'augmentation significative de leur nombre ces dernières années. Les efforts doivent se poursuivre en ce sens, ce qui suppose un soutien plus important des pouvoirs publics à cet égard.

« Le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale est cependant amené à évoluer dès la rentrée prochaine, afin d'intégrer un stage obligatoire de 2^{ème} niveau. »

Être maître de stage implique d'avoir suivi une formation pédagogique spécifique, prise en charge par l'ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu), qui remplace désormais l'OGDPC (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu). La maîtrise de stage peut être cumulée avec des formations visant par exemple à l'amélioration des pratiques de soins.

En revanche, le stage du 3^{ème} cycle est effectué par tous les étudiants dans la mesure où il est obligatoire. Les internes de médecine générale sont tenus de suivre un stage de 6 mois minimum dans un cabinet de médecine générale. Cette durée reste relativement courte rapportée à la durée totale des études de médecine. Le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale est cependant amené à évoluer dès la rentrée prochaine, afin d'intégrer un stage obligatoire de 2^{ème} niveau, à savoir un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé (SASPAS), d'une durée de 6 mois également. Le DES de médecine générale comprendra ainsi deux stages de 6 mois en cabinet libéral.

➤ Les maîtres de stage seront-ils assez nombreux pour assurer l'encadrement de ces deux stages ?

Leur recrutement se poursuit et nous mettons tout en œuvre pour pouvoir mettre cette réforme en application dans les meilleures conditions possibles. Ce stage existe déjà à l'heure actuelle mais toutes les promotions d'étudiants ne peuvent pas le suivre. À la faculté de Lille par exemple, 40 à 50 % des internes peuvent effectuer ce stage de 2^{ème} niveau en plus du premier à caractère obligatoire. Notre objectif est d'atteindre les 100 %.

➤ Comment le stage de niveau 1 est-il actuellement perçu par les étudiants ?

Pour la plupart, ce stage est perturbant dans ses débuts, dans la mesure où il intervient souvent en fin de 7^{ème} année ou en début de 8^{ème} année. Pendant toute cette durée, les étudiants ont baigné dans une culture hospitalière et une organisation de service. Lorsqu'ils arrivent au cabinet du médecin généraliste, le fonctionnement et la configuration sont tout autres. Ils ne disposent pas des mêmes facilités pour réaliser des examens (électrocardiogramme, imagerie diagnostique...) et doivent apprendre à prendre en charge les patients différemment. Ce changement de repères et de mode de fonctionnement est souvent très déstabilisant.

Ainsi, un patient qui arrive aux urgences avec une douleur thoracique est accueilli préalablement par un infirmier et subit le plus souvent un électrocardiogramme avant de voir un médecin. Un patient qui se présente au cabinet du médecin avec des symptômes similaires requiert une prise en charge complètement différente. Le médecin doit rapidement déterminer s'il s'agit d'une douleur musculaire intercostale nécessitant un traitement antalgique simple, ou s'il peut s'agir d'un problème cardiologique nécessitant une hospitalisation.

➤ Ce stage dissuade-t-il certains internes de poursuivre en médecine générale ?

Les deux situations se présentent : certains se rendent compte que le fonctionnement du cabinet libéral ne leur convient pas et qu'ils ont besoin d'une structure hospitalière. Inversement, certains ont l'impression de ne rien savoir au début du stage et se sentent perdus, puis évoluent positivement au cours des 6 mois et finissent par faire le choix de s'installer en libéral. Majoritairement, ce stage renforce plutôt l'envie des étudiants de faire de la médecine générale.

➤ L'enseignement actuel les prépare-t-il correctement à l'installation en libéral ?

Pas complètement à mon sens. Deux courants de pensée s'affrontent sur ce point : les uns estiment qu'en formation médicale initiale, les enseignants de médecine générale n'ont pas vocation à former spécifiquement des médecins libéraux. Les autres considèrent que ce volet fait partie du métier même si tous les médecins généralistes n'exercent pas en libéral, et que les étudiants doivent en avoir une connaissance suffisante pour savoir à quoi ils s'engagent s'ils choisissent cette voie. À défaut d'une préparation suffisante à l'installation en libéral, le risque est précisément de perdre une partie des étudiants en cours de cursus.

En principe, le stage de 1^{er} niveau, qui se déroule en cabinet, est censé les préparer à cela. Pour autant, la durée de ce stage reste relativement courte pour appréhender tous les aspects pratiques inhérents à l'exercice libéral (organisation, formalités administratives et fiscales).

Plusieurs associations d'internes s'efforcent de dispenser ce type d'informations, en organisant par exemple des journées dédiées à l'installation. L'enseignement sur ce point devrait toutefois être renforcé afin de dédramatiser certains aspects liés à l'installation en libéral, qui donne parfois lieu à des critiques exacerbées sur les réseaux sociaux.

➤ La jeune génération a-t-elle tendance à préférer l'installation en exercice coordonné à l'exercice individuel ou l'exercice libéral suscite-t-il encore des vocations ?

La préférence pour l'exercice en groupe est globalement la tendance que l'on observe. L'exercice solitaire en cabinet individuel n'est plus « modélisant » pour les internes. Cela ne signifie pas qu'aucun ne fait ce choix, mais les étudiants, pendant leur cursus, apprennent à travailler en équipe et ont envie de continuer à le faire par

la suite. Ce travail collectif profite non seulement au médecin mais surtout au patient, et les jeunes médecins ont effectivement tendance à privilégier

« L'exercice solitaire en cabinet individuel n'est plus "modélisant" pour les internes. Les étudiants, pendant leur cursus, apprennent à travailler en équipe et ont envie de continuer à le faire par la suite. »

cette collégialité. L'idéal pour eux est de pouvoir exercer en cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle, et non plus en cabinet individuel.

➤ Nos politiques publiques ne se sont pas montrées très productives jusqu' alors en termes d'installation des médecins dans les déserts médicaux. Comment expliquer cet échec et quelle(s) mesure(s) permettrai(en)t selon vous de développer la médecine dans ces territoires ?

Nous en revenons à la question du maître de stage évoquée précédemment. Lorsqu'un interne effectue un stage en cabinet de médecine générale, il a souvent déjà passé plus de six ans à suivre des études, trouver un logement et créer son tissu relationnel et social à un endroit précis, avec éventuellement un conjoint ou une conjointe à proximité. À l'issue de son cursus, il ne souhaite pas et ne peut pas, du jour au lendemain, tout quitter pour partir s'installer dans une région inconnue, où il n'a jamais vécu et n'a aucune attache.

Par conséquent, il est nécessaire, pour faciliter l'implantation de ces jeunes



© FREEPIK

■ ■ ■ médecins dans certains territoires, de pouvoir proposer le plus tôt possible des stages en cabinet dans des régions ou des villes plus reculées, ou moins réputées, et non seulement dans les grandes agglomérations ou les endroits les plus prisés. Ainsi, des internes de la faculté de Lille, après avoir effectué leur stage à Maubeuge, ont découvert cette ville et se sont rendus compte qu'une installation était envisageable là-bas, contrairement aux *a priori* qu'ils pouvaient avoir. Certains s'y sont installés en cabinet de groupe avec leur ancien maître de stage.

Développer l'offre de stage permettrait donc aux internes de construire un projet de vie dans des zones où ils ne se seraient pas rendus spontanément. Cela demande de développer des politiques publiques à moyen terme et non seulement à court terme.

Parallèlement, cela suppose de promouvoir des actions plus incitatives vis-à-vis des médecins pour leur donner envie de devenir maîtres de stage et de prendre des internes dans leur cabinet. Accueillir un interne suppose de lui consacrer du temps et d'être disponible pour le former. En contrepartie, une compensation financière plus importante qu'actuellement (600 euros par mois) pourrait constituer un levier possible pour inciter les médecins à devenir maîtres de stage. Même si cet élément n'est pas le seul ni le premier à entrer en ligne de compte, la reconnaissance économique joue incontestablement un rôle dans le fait de s'investir ou non dans une telle démarche.

Enfin, la possibilité de développer des actions de formations décentralisées serait bienvenue, afin d'accroître le nombre de formateurs en maîtrise de stage. Il faudrait que l'ANDPC puisse financer davantage de formations de ce type.

➤ Les régions qui ont essayé d'attirer des médecins dans les déserts médicaux en jouant du levier économique n'ont pas toujours réussi. Le cadre de vie n'est-il pas un élément à mettre davantage en avant ?

Parfois oui, mais cela ne suffit pas. Certaines communes s'associent pour bâtir une belle

maison médicale dans un bâtiment flambant neuf en oubliant le principal, à savoir réunir et fédérer des professionnels de santé autour d'un projet commun. La construction de ce projet, associant et impliquant les professionnels de santé, doit primer sur celle du pôle de santé.

Il faut également être lucide et ne pas s'étonner que des médecins n'aient pas envie de venir s'installer dans des territoires où des services publics et/ou certains métiers sont en déclin (absence de potentiel emploi pour le conjoint, absence d'école, faible tissu associatif et culturel...).

Les étudiants aspirent à une vie professionnelle mais aussi personnelle épanouie. L'image du médecin en activité de 6 heures à 22 heures, joignable à tout moment, n'est plus le modèle prédominant pour les nouvelles générations.

➤ Ne faudrait-il pas admettre fatalement l'existence de ces déserts et organiser les soins en fonction de ces territoires, plutôt que de vouloir à tout prix lutter contre ce phénomène qui semble irréversible ?

Sans doute en partie. Il faut également accepter l'idée de ne plus avoir toujours tout à disposition, et notamment un médecin généraliste dans chaque ville. Les médecins vont avoir tendance à se regrouper avec trois ou quatre autres pour une communauté de communes. Cela implique, pour les patients valides et mobiles, d'accepter de faire quelques kilomètres pour consulter, au même titre qu'ils se déplacent dans la ville la plus proche pour aller se ravitailler. Le médecin continuera d'aller voir à domicile les patients les plus âgés ou en incapacité de se déplacer.

Le regroupement en maison de santé suppose aussi pour les patients d'accepter de voir de temps à autre un praticien autre que celui dont ils ont l'habitude et d'avoir affaire à un remplaçant, si l'un ou l'autre est absent.

➤ Il n'est pas toujours facile de trouver un médecin traitant. Il arrive que des médecins refusent de prendre des patients

supplémentaires, y compris lorsqu'ils exercent en cabinet de groupe ou en maison de santé, faute de disponibilité suffisante.

Il ne revient pas au médecin, de surcroît lorsqu'il exerce dans une zone sous-dotée, de porter la responsabilité des choix qui ont été faits par les pouvoirs publics au cours des 20 dernières années, notamment quant à la diminution du nombre de médecins décidée dans les années 90 et qui a encore des effets néfastes aujourd'hui.

Le médecin généraliste a aussi besoin d'un équilibre et d'un épanouissement personnel, non seulement pour lui-même mais pour pouvoir soigner correctement les patients. À cet égard, les cas de burn-out rencontrés chez les médecins sont loin d'être anecdotiques.

➤ Les protocoles de coopération ou les pratiques avancées sont-ils susceptibles de faire gagner du temps médical ? Est-ce le bon objectif selon vous ?

Recentrer le métier sur la médecine en elle-même et déléguer parallèlement certaines tâches constituent clairement une voie d'avenir. Le métier de médecin repose sur une prise de décision partagée avec le patient, s'agissant du traitement et du protocole à suivre, des différentes options possibles ou non par rapport

« Il est nécessaire, pour faciliter l'implantation des jeunes médecins dans certains territoires, de pouvoir proposer le plus tôt possible des stages en cabinet dans des régions ou des villes plus reculées. »

à une pathologie identifiée. D'autres actes peuvent être délégués sans problème, comme la prise de tension du patient, qui peut être réalisée par un infirmier ou une aide-soignante, ou encore la réalisation de certains actes administratifs.

J'exerce moi-même dans une maison de santé pluriprofessionnelle qui a ouvert récemment et qui met en place ce type de fonctionnement. Il nous revient de décider quels actes peuvent être délégués ou partagés. Par exemple, je peux poser l'indication diagnostique de la nécessité de soins de kinésithérapie pour un patient, mais il revient au kinésithérapeute de déterminer les mouvements dont le patient a besoin. Une fois définie et mise en place, la délégation peut être bénéfique pour tout le monde et permet à chacun de se recentrer sur son cœur de métier.

➤ Dans certains établissements, les infirmiers libéraux peuvent, dans le cadre d'un protocole rigoureusement établi, adapter la dose d'anticoagulants prescrite à un patient en fonction des résultats de l'INR. Qu'en pensez-vous ?

Dès lors que ce fonctionnement résulte d'un commun accord et qu'il est correctement encadré, un dispositif de ce type est tout à fait possible. Une telle organisation suppose également que l'information transite depuis la personne qui a effectué cette modification jusqu'au médecin, par le biais d'une note ajoutée au dossier médical par exemple. Les principales difficultés inhérentes à ce dispositif peuvent résider dans la communication

interprofessionnelle et la coordination d'un système d'information partagé. Néanmoins il existe des solutions logicielles permettant ce travail en commun. C'est une évolution possible de l'activité médicale en tout cas.

➤ Êtes-vous favorable au transfert de la gynécologie médicale aux sages-femmes ?

Si tel est le souhait des patientes et que la structure le permet, je n'y vois pas d'inconvénient et nous serions prêts à le proposer au sein de notre MSP. L'objectif est que le patient soit au centre de ses choix. Nous devons lui apporter toutes les informations nécessaires, il lui revient ensuite de décider. Nous pouvons travailler en bonne intelligence avec de nombreuses autres professions en ce sens et déléguer ainsi un certain nombre

« Recentrer le métier sur la médecine en elle-même et déléguer parallèlement certaines tâches constituent clairement une voie d'avenir. »

de tâches, sous réserve que cette délégation soit clairement codifiée et partagée par tous.

➤ Quelles sont vos suggestions pour améliorer le recrutement et la formation des futurs médecins ?

Promouvoir le stage de 2^{ème} cycle, pour pouvoir diffuser une image positive de la médecine générale et montrer la réalité de l'exercice aux étudiants.

Accroître le nombre et la visibilité des enseignants de médecine générale, pour mieux souligner la spécificité de la médecine générale et la distinguer au regard des autres spécialités (rôle du médecin généraliste, type de prise en charge, type d'actes effectués, moyens disponibles).

Cesser de faire du misérabilisme sur les réseaux sociaux et de relayer les témoignages qui peuvent décourager certains candidats. La médecine générale est un métier passionnant et épanouissant même s'il n'est pas dénué de difficultés, liées à l'exercice libéral et à la pression des patients. Il comporte aussi de nombreux points positifs qu'il faudrait mettre davantage en avant, en particulier la diversité des infections et des pathologies rencontrées, la diversité des patients reçus et leur prise en charge globale. Les médecins généralistes traitent de tout. ■

QUELLES CONDITIONS POUR DEVENIR MAÎTRE DE STAGE UNIVERSITAIRE (MSU) ?

- Être installé en cabinet libéral depuis plus de 3 ans (ou 1 an pour accueillir un externe).
- Ne pas être en exercice particulier exclusif (acupuncture, homéopathie, etc.).
- Demander un agrément (rédigé librement, avec motivation, sur ordonnance à son en-tête, avec numéro d'inscription à l'Ordre des médecins) auprès du Département de Médecine Générale (DMG) et du Doyen de la faculté de médecine dont il dépend.
- Se former activement à son exercice dans le cadre de la formation continue.
- Se former à la pédagogie en suivant un cursus sur la maîtrise de stage.

LIENS UTILES

- [Charte des MSU](#) rédigée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)
- [Liste des Formations pour devenir MSU](#), proposée par le CNGE





Les professionnels et établissements de santé sont tenus, par la loi, de déclarer et analyser les Evénements Indésirables Graves (EIG). Ces obligations légales s'intègrent dans une politique générale d'amélioration de la sécurité du patient voulue par les pouvoirs publics afin de maîtriser le risque médical et limiter les accidents. Par touches successives, la réglementation est venue préciser les contours de ces obligations.



© DR

MAGALI AUGU, JURISTE, MACSF

Les obligations en matière d'Événement Indésirable Grave

➤ Apparition tardive de la notion d'EIG et obligation de déclarer

Alors que la sécurité était déjà au centre des préoccupations dans des secteurs d'activité à risques tels que l'aviation civile et le nucléaire depuis plusieurs décennies¹, la culture de la sécurité des soins au sein de l'établissement de santé (visant à développer une politique de gestion des risques permettant d'améliorer la sécurité) n'est, elle, apparue que tardivement, dans la fin des années 90-début des années 2000, sous l'influence de différentes études mettant en évidence un nombre conséquent de dommages évitables².

Ce faisant, la notion d'EIG est relativement récente dans la réglementation française. Il faut attendre la Loi Kouchner du 4 mars 2002 pour voir apparaître une 1^{ère} obligation pour tout professionnel ou

établissement de santé de déclarer « *la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé* » (article L.1413-14 du Code de la Santé Publique - CSP).

Et ce n'est qu'avec la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qu'émerge le terme générique « Évènement Indésirable » d'une part, et le critère de gravité d'autre part, avec l'article L.1413-14 CSP modifié : « **Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. [...]** ».

Cette obligation de déclarer les EIG à charge de tous les professionnels de santé - quel que soit leur profession (médecin, chirurgien-dentiste, infirmier, sage-femme, aide-soignant, kinésithérapeute...), leur lieu d'exercice (cabinet de ville, établissement de santé, maison de santé) et leur statut (activité libérale, salariée ou hospitalière), traduit une volonté forte des pouvoirs publics de « *doter le pays des structures et de la démarche nécessaires pour mettre en œuvre une politique ambitieuse de protection et de promotion de la santé de la population* » car

« La culture de la sécurité des soins au sein de l'établissement de santé n'est apparue que tardivement, sous l'influence de différentes études mettant en évidence un nombre conséquent de dommages évitables. »



« Si la France est considérée par l'OMS comme le pays disposant du système de santé le plus performant, il reste que la mortalité et la morbidité évitables y demeurent parmi les plus fortes des pays développés. Cette situation révèle un déséquilibre entre les moyens alloués aux approches curatives individuelles et ceux accordés à la prévention permettant d'agir efficacement sur les facteurs d'environnement et les comportements³ [...] ».

En effet, si la survenue d'un dommage évitable est peu admissible dans l'esprit collectif, la survenue d'un dommage évitable grave est inacceptable. L'accent a donc en priorité été mis sur cette catégorie d'accidents.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) a ensuite été placée au cœur du procédé, favorisant un système régional jugé plus adapté qu'un système national lourd et loin des spécificités locales⁴.

Puis, avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le législateur a étendu cette obligation de déclarer les EIG aux établissements médico-sociaux, aux actes médicaux à visée esthétique et aux infections associées aux soins (plutôt qu'aux

« À travers ces diverses évolutions législatives s'est dessiné un procédé de déclaration des EIG à large spectre. »

infections nosocomiales *stricto sensu* comme le précisait l'ancien texte).

Elle a également mis à la charge des acteurs une nouvelle obligation portant sur l'analyse des EIG et infections déclarés ; preuve d'une volonté assumée de généraliser le système et de faire de la culture de la sécurité une priorité nationale.

À travers ces diverses évolutions législatives s'est donc dessiné un procédé de déclaration des EIG à large spectre. Notons toutefois qu'il s'agit d'un système non punitif, le non-respect de ces obligations légales n'étant assorti d'aucune sanction.

➤ Nouvelle obligation d'analyser les EIG

« Les professionnels de santé concernés analysent les causes de ces infections et événements indésirables. » (article L.1413-14 alinéa 2).

Nous passons ainsi d'un système passif purement déclaratif, peu coûteux en moyens humains mais présentant de nombreux travers – une sous-déclaration des EI par peur de la sanction et du fait d'une incompréhension quant à l'utilité et la finalité du système, majorée par une rétro-information ■ ■ ■



■ ■ ■ insuffisante - à un système actif plus coûteux en moyens humains mais plus efficient, où les professionnels et établissements de santé deviennent acteurs du système de signalement, en recherchant les causes immédiates et profondes de la survenue de l'accident. Ils sont ainsi davantage impliqués et sensibilisés à la gestion des risques médicaux ; ceci favorisant une amélioration de la sécurité.

➤ Définition de l'EIG et modalités de l'analyse

Qu'entend-t-on par EIG ? Comment s'apprécie la gravité ? Comment ces données doivent-elles être recueillies ? Selon quelle méthode et sous quelle forme l'analyse doit-elle être menée ? Toutes ces interrogations étaient, jusqu'à très récemment, encore en discussion.

Un décret du 25 novembre 2016⁵ vient d'être adopté. Il introduit le nouvel article R.1413-67 du Code de la Santé Publique qui définit l'EIG comme « *un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès,*

la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale ». Il semble donc s'agir d'une approche large de la notion de gravité, la constatation d'un déficit fonctionnel permanent suffisant à la caractériser.

« Un décret du 25 novembre 2016 introduit le nouvel article R.1413-67 du Code de la Santé Publique qui définit l'EIG comme "un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale". »

Ce texte précise également les modalités de cette déclaration en deux temps. Sans délai, le déclarant adresse au directeur de l'ARS des informations relatives à la nature de l'évènement et les circonstances de sa survenue et les premières mesures prises en interne. L'ensemble des protagonistes est anonyme à l'exception du déclarant. Puis, dans un délai de trois mois, le représentant légal de l'établissement de santé complète la déclaration avec le descriptif de la gestion de l'évènement,

l'analyse approfondie des causes de l'évènement et le plan d'actions correctrices mis en place. Le tout est ensuite totalement anonymisé et transmis par l'ARS à la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de dresser un bilan annuel des déclarations et élaborer des préconisations qui s'inscriront dans une politique générale d'amélioration de la sécurité des patients.

En soutien aux déclarants et établissements de santé dans ce processus d'analyse, des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients indépendantes et dotées de la personnalité morale apportent leurs compétences techniques et méthodologiques. Elles au-

ront préalablement répondu à un appel d'offre et conclu un contrat, pour cinq ans renouvelable, avec l'ARS. Elles établiront un programme prévisionnel annuel de travail et rédigeront un rapport annuel à destination de l'ARS et la HAS. Un arrêté ministériel viendra prochainement préciser le cahier des charges de ces structures. ■

Références

1. Apparition de la culture de sécurité dans le domaine du nucléaire dès 1955.
2. Étude anglaise « An organisation with a memory » (2000) par le Department of Health (UK Government) ; Étude

Américaine « To err is human. Building a safer health system » (1999) par l'Institute of Medicine (organisation à but non lucrative créée par le US National Academy of Sciences).
3. Extrait du *Compte-rendu du Conseil des ministres* du 21/05/2003.

4. Ordonnance du 23/02/2010 de coordination avec la loi du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
5. Décret n° 2016-1606 du 25/11/2016 relatif à la

déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.



Stéphanie PEAN, praticien hospitalier et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins au Centre hospitalier de Périgueux, nous fait part de son expérience ainsi que des évolutions et difficultés rencontrées dans la mise en place de cette culture encore nouvelle.



© DR

Déclaration des événements indésirables graves - Témoignage

STÉPHANIE PEAN, PRATICIEN HOSPITALIER ET COORDONNATEUR EN GESTION DES RISQUES, CENTRE HOSPITALIER DE PÉRIGUEUX

➤ Quelle formation avez-vous suivie et quel a été votre parcours ?

Pharmacienne de formation, j'ai validé un master 2 en qualité en alternance en industrie pharmaceutique et effectué un stage d'études au ministère de la Santé. J'ai soutenu une thèse en qualité puis j'ai été assistant hygiéniste au CHU d'Angers. Ensuite, j'ai été praticien attaché en gestion des risques et qualité, au 3C (Centre de Coordination en Cancérologie) au CHU d'Angers et dans le cadre du réseau Aquarel Santé, en gestion des risques. Parallèlement, j'ai validé un DU en hygiène, un DU en gestion des risques et une attestation sur la simulation en santé. J'ai obtenu le concours de praticien hospitalier (PH) en mars 2016. Depuis juillet 2016, je suis praticien coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins au CH de Périgueux, praticien hospitalier en gestion des risques sur les établissements de la direction commune et membre du Comité médical du GHT dont le CH de Périgueux est l'établissement support.

Le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé prévoit que le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation

avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement dans les établissements de santé publics ou la Conférence Médicale d'Etablissement dans les établissements de santé privés, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Cette fonction ne s'accompagne pas forcément d'un temps dédié, elle est souvent cumulée avec un autre métier et dépendante de la taille de l'établissement. Il s'agit souvent de praticiens, mais cela dépend de la stratégie de la gouvernance. Les praticiens sont souvent des hygiénistes, des pharmaciens, des médecins en santé publique, des anesthésistes réanimateurs ou ayant une expérience en transfusion. Ce métier est toutefois assez récent (2010).

➤ Pourriez-vous présenter vos missions de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins au CH de Périgueux ?

Je suis membre de la CME (commission médicale d'établissement) et du bureau de CME. Je suis rattachée au président de CME, avec lequel nous essayons de faire un point tous les 15 jours. J'ai la chance de pouvoir le solliciter dès que besoin. Mon bureau est à proximité de celui du Président de CME et de celui du Directeur Général. A ce jour, si la situation le nécessite, je peux ■ ■ ■

« Ma mission consiste à développer une culture de la sécurité et à sensibiliser l'encadrement à la culture positive de l'erreur. Signaler un événement indésirable suppose de se sentir en confiance. Il s'agit donc de mettre le personnel en confiance afin de faciliter ces déclarations. »



■ ■ ■ rencontrer très rapidement le Directeur Général. Ce lien avec la gouvernance est primordial.

Ma mission consiste notamment à développer une culture de la sécurité et à sensibiliser à la culture positive de l'erreur. La gouvernance et l'encadrement sont des personnes clés pour développer cette culture positive de l'erreur. Signaler un événement indésirable suppose de se sentir en confiance. Il s'agit donc de mettre le personnel en confiance afin de faciliter ces déclarations d'une part, et faire en sorte que ces événements ne se reproduisent pas ou en atténuer les conséquences d'autre part.

Ces missions se définissent comme suit :

- communiquer sur la démarche qualité et gestion des risques ;
- apporter une vision de praticien en qualité gestion des risques ;
- être un relais auprès des autres praticiens, notamment pour la démarche de certification ;
- développer l'intérêt et la participation de la communauté médicale ;
- développer les partages d'expériences et les démarches de gestion des risques avec les professionnels, en amont et en aval de l'événement (approches a priori, a posteriori, facteurs humains) ;
- sensibiliser au facteur « humain », qui figure parmi les principales causes d'EIG : promouvoir les pratiques de fiabilité, la simulation, les formations, la communication et le travail en équipe
- faire du lien entre les gestionnaires de risques spécifiques afin d'avoir une vision globale et décloisonnée des risques
- participer à l'élaboration et la structuration de la politique de la qualité et de la sécurité des soins (plans d'actions, contrats de pôles) ;
- délivrer de l'expertise et du conseil en méthodologie ;
- développer les Evaluations des Pratiques Professionnelles ;
- participer à des cellules de crise et représenter le Président de CME à sa demande ;
- faire du lien avec l'ARS et la structure régionale d'appui et d'expertise ;
- être une personne ressource en gestion des risques au niveau de la direction commune, et être membre du comité médical du GHT.

Le rôle le plus important à mon sens est d'alerter le top management (Direction Générale, Président de CME, Direction des soins) pour l'aider à prendre

des décisions dans les situations à risque. Il ne faut pas craindre de signaler les dysfonctionnements et faire remonter les éléments négatifs. C'est parfois difficile, car identifier et parler des risques est susceptible de provoquer quelques remous et peut fragiliser une organisation. Mais c'est le rôle du Coordonnateur, il doit garder en tête un objectif : la sécurité des patients. Il serait illusoire de penser que nous pouvons maîtriser tous les risques à l'hôpital, c'est une activité à risque par définition. Il faut faire attention à ne pas être instrumentalisé. Certaines choses sont dites en « off », il faut prendre ces informations avec un certain recul et s'appuyer au maximum sur des faits. Avec le recul, l'expérience et les échanges avec d'autres Coordonnateurs, le plus difficile est, je trouve, de développer la culture positive de l'erreur et non de la faute (ce n'est pas inné, loin de là !, cela nécessite une vigilance de tous les instants) et que le Coordonnateur trouve ou qu'on lui donne sa place au sein d'une organisation existante avant son arrivée. C'est pourquoi je pense que connaître l'établissement avant l'exercice de cette fonction peut être facilitant, mais l'inconvénient dans ce cas est d'avoir forcément des a priori. Etre formé à la gestion des risques est indispensable, même si l'on apprend également par l'expérience. Etre Coordonnateur des risques associés aux soins est je pense une mission sensible, dans le sens où nous sommes un peu les « empêcheurs de tourner en rond » et les lanceurs d'alertes. Vous pouvez être le choix d'une gouvernance, et le jour où les acteurs de la gouvernance changent, ne plus l'être.

A titre d'exemple, depuis ma prise de fonctions, les actions suivantes ont été réalisées : réalisation d'une chambre des erreurs avec les vigilants lors de la semaine sécurité des patients, réalisation d'un pilulier des erreurs, communication sur la qualité et la gestion des risques, sensibilisation à la culture positive de l'erreur, déclarations à l'ARS, animation de réunions d'analyses des causes, interventions à chaque CME, participation aux formations, rencontre de services et de pôles, participation à des réunions de crise,... Ce sont des missions transverses assez larges en somme. Le Coordonnateur est rarement sollicité lorsqu'une prise en charge se déroule correctement. Heureusement, la plupart des prises en charge des patients sont positives. On concentre les remontées des points négatifs en fait ! Et puis, il ne faut pas oublier que l'on travaille avec des humains, donc il y a forcément une part stratégique, même si personnellement ce n'est pas ce que je préfère.



➤ **Quelle place est accordée aujourd'hui à la gestion des risques dans les décisions d'établissement, de pôle, de service ?**

Le recrutement d'un praticien dédié à temps plein constitue déjà un signal important. Je bénéficie en outre d'une écoute et d'un soutien importants de la part du Président de CME, qui s'implique beaucoup sur ce sujet. Je peux également rencontrer le Directeur Général rapidement en cas de besoin pour l'informer d'un événement ou d'un risque important. Un cadre de santé et une secrétaire ont été intégrés à la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité. Personnellement, je pense, à tort ou à raison, qu'il est indispensable d'avoir une DURQ pluriprofessionnelle car la gestion des risques est l'affaire de tous. Je n'ai aucun frein pour communiquer dans le journal interne de l'établissement. La diffusion des actions réalisées est fondamentale. Nous nous efforçons de publier régulièrement des articles dans la revue institutionnelle Synergie. Un point qualité et gestion des risques est fait à chaque début de CME. Une culture se met progressivement en place.

Cette volonté n'est pas forcément la même dans d'autres établissements. A Périgueux, le président de CME est réanimateur et a évolué au fil du temps sur cette question. L'expérience montre que c'est souvent au cours d'un second mandat que les présidents de CME mesurent pleinement l'importance et l'intérêt du sujet. Le Directeur Général est venu à la chambre des erreurs. Une venue ne coûte rien, prend peu de temps, mais constitue une action très forte en termes de symbole et de communication.

➤ **Quels sont vos interlocuteurs privilégiés dans les services ?**

Dans les services de soins, mes principaux interlocuteurs sont les cadres supérieurs de santé, les cadres, les chefs de service et chefs de pôle, et, plus largement, tous les professionnels concernés par des événements indésirables. La GDR peut être perçue comme une démarche essentiellement administrative mais elle a tout son sens si on l'intègre

pleinement à la prise en charge des patients. Il faut simplifier et vulgariser cette démarche, et en montrer les implications concrètes. Les liens avec les gestionnaires des risques spécifiques sont également importants. Ce sont des personnes indispensables.

➤ **Comment fonctionne concrètement la chambre des erreurs et qui peut y avoir accès ?**

Nous l'avons mise en place, avec les vigilants et l'équipe qualité risque, pour la semaine sécurité des patients, avec diffusion d'une BD. L'objectif était de rendre la gestion des risques aussi pédagogique et concrète que possible. Des erreurs de plusieurs domaines avaient été glissées (prise en charge médicamenteuse, hygiène, hémovigilance, identitovigilance, bonne pratique d'utilisation des dispositifs médicaux) dans une chambre

« Les professionnels qui ont vécu ce type d'événements sont aussi des secondes victimes qui ont besoin d'être accompagnés. Ils éprouvent parfois un sentiment de culpabilité, d'impuissance ou d'échec face à certaines erreurs commises. »

de patient reconstituée. Les professionnels, après une phase de briefing, sont mis en situation et recherchent les erreurs. Une phase de débriefing permet ensuite d'échanger et de repartir avec les bonnes pratiques en tête. C'est un outil de simulation, qui peut être décliné pour d'autres « X » des erreurs, comme le pilulier des erreurs. 126 personnes sont passées dans cette chambre en l'es-

pace de dix heures. La note moyenne de satisfaction attribuée a été de 8/10. Nous n'avons eu quasiment que des retours positifs.

Pour constituer cette chambre, nous avons sélectionné des erreurs qui s'étaient le plus fréquemment produites dans l'établissement afin que l'expérience soit partagée par le plus grand nombre. Il est, à mon sens, utile, que des erreurs de différents domaines soient introduites car une chambre de patient peut comporter des erreurs variées. Les personnes seront d'autant plus sensibilisées qu'elles seront confrontées à une situation réelle et en mesurant les conséquences que cela peut avoir. Il ne suffit pas de dire « Y a qu'à faut qu'on ». L'expérience n'a pas de prix, donc à choisir, autant se faire son expérience avec des patients fictifs que dans la « vraie vie ».





■ ■ ■ ➤ **Pensez-vous qu'il y ait des lacunes dans la formation dispensée initialement aux professionnels de santé ?**

Il est impossible de tout savoir et il est indispensable que la formation soit continue : la prise en charge des patients ne peut être assimilée à des process industriels reproductibles où tout serait maîtrisable. Chaque patient est différent, chaque service prenant en charge ces patients est différent, les interlocuteurs sont nombreux à intervenir, les équipements multiples, et la médecine évolue tous les jours. Le but de la gestion des risques n'est pas de chercher un coupable mais de s'attaquer aux causes profondes d'un EIG. Sanctionner une personne ne résoudra pas le problème, si ce n'est que les événements indésirables graves ne seront plus signalés.

La culture de la gestion des risques, et celle de la culture positive de l'erreur plutôt que de la faute, ne sont pas innées. En même temps, c'est plus simple de trouver un coupable plutôt que de remettre en question le système, et donc peut-être soi-même. Oui, pour moi il y a des lacunes concernant cette culture dans la formation initiale des professionnels de santé mais pas uniquement, également pour les décideurs. Cela semble en voie d'amélioration, mais en même temps dans le domaine de la santé, la culture de la gestion des risques est assez récente. J'étais trop jeune pour connaître cela, mais selon mes aînés, avant la tendance était plutôt de passer sous silence les EIG, en même temps cela est difficile d'en parler au sein d'un établissement et également difficile d'annoncer un dommage associé aux soins à un patient ou à son entourage. Les craintes juridiques et médiatiques sont importantes, mais le signalement des EIG et les analyses des causes sont à différencier de la démarche juridique si une plainte est déposée. La gestion des risques est une démarche en interne qui peut permettre de s'améliorer et d'éviter des EIG ou leur reproduction. Annoncer correctement un dommage associé aux soins peut également permettre de réduire les réclamations et les plaintes. Les patients et leur entourage ont le droit à cette transparence, libre à eux ensuite de porter plainte ou non. Si par contre, un EIG leur a été caché, et qu'ils le découvrent, les conséquences peuvent être pires.

« Le métier de coordonnateur en gestion des risques est assez nouveau. Il faut également du temps pour en mesurer les apports concrets. »

Nous pouvons également nous poser la question de la connaissance des risques dans le domaine de la santé par la population générale. Les études ENEIS ont montré qu'il y avait 1 EIG tous les 5 jours dans un service de médecine de 30 lits et tous les 3 jours dans un service de chirurgie de 30 lits. Pensez-vous que ces chiffres sont connus ? La population générale ne connaît-elle pas plus les risques liés aux accidents de la route ? Avant l'affaire du Médiateur, j'entendais très peu parler dans mon entourage des risques liés aux médicaments, maintenant cela a évolué, ils sont davantage conscients que pour les médicaments, il y a un rapport bénéfice/risque. Je me rappellerai toujours le jour où, « contente » de la publication de mon premier article dans une revue consacrée aux risques, je l'ai fait lire à mon entourage, qui n'est pas dans le domaine de la santé et qui, en outre, venait de perdre un proche à l'hôpital. Un peu choqués, certains m'ont dit : « Je ne pensais pas qu'il y avait autant de risques et d'erreurs à l'hôpital et dans le domaine de la santé en général »...

Dans d'autres secteurs à risques que la santé, les effectifs sont supérieurs à ceux nécessaires, car incluant le personnel en formation continue et donc non présent. Dans le domaine de la santé, je ne pense pas me tromper en disant qu'on peut plus parler de sous-effectifs que de sureffectifs, d'où la difficulté à libérer les professionnels pour qu'ils puissent se former en continu - l'absentéisme n'arrangeant rien.

C'est pourquoi l'accent doit être mis sur la formation initiale, mais également sur la formation continue.

L'objectif est que cette culture devienne une évidence et mette suffisamment en confiance les professionnels de santé pour qu'ils se sentent en capacité de déclarer les événements indésirables et de s'améliorer. Les professionnels

qui ont vécu ce type d'événements sont aussi des secondes victimes qui ont besoin d'être accompagnées. Ils ont parfois le sentiment d'avoir fait leur maximum et éprouvent un sentiment de culpabilité, d'impuissance ou d'échec face à certaines erreurs commises. Ils peuvent à tort parfois remettre en cause leurs compétences. Certains changent même de métier suite à une erreur, ou se suicident. Mais qui n'a



jamais commis d'erreur ? Est-ce que la perfection existe ? Est-ce qu'il ne faut pas plutôt admettre qu'il y aura toujours des erreurs, et qu'il faut donc plutôt s'en servir pour qu'elles ne se reproduisent pas, au lieu de faire comme si elles ne pouvaient exister alors qu'elles existent ?

➤ **La déclaration des événements indésirables est-elle une question de génération ?**

Les avis sont partagés sur ce point. Pour ma part, je pense que c'est plutôt une question de sensibilisation et d'acculturation à la gestion des risques, qui est une politique récente en santé. C'est pourquoi elle ne s'improvise pas et nécessite du temps, de la formation et une participation régulière à des actions concrètes. C'est une culture difficile à construire mais très facile à détruire, le moindre faux pas peut avoir des conséquences. Je viens d'un établissement où la culture positive de l'erreur était, je pense, très développée, mais ce dont je n'avais pas pris conscience c'est qu'en fait elle n'était pas innée, elle était la conséquence de 10 années de sensibilisation et de travail. Ce n'est pas pour rien que l'ancien Directeur Général est Président de la Commission de certification des établissements de santé à la HAS. Le métier de coordonnateur en gestion des risques est lui-même assez nouveau. Il faut également du temps pour en mesurer les apports concrets.

➤ **Existe-t-il un profil type du déclarant ?**

Non. Toute personne ayant connaissance d'un EIG peut être déclarante.

Tout dépend ensuite des objectifs définis pour le système de déclaration. Cela relève d'un travail de communication et de mise en confiance très difficile à construire et qui peut être très facile ou rapide à détruire, du fait de la peur ou du traumatisme que peut laisser un événement indésirable, notamment s'il a donné lieu à une sanction.

➤ **Constatez-vous une réticence de la part du personnel ou de l'encadrement à déclarer des EIG dans certaines situations ?**

C'est une histoire de culture encore une fois. A mon arrivée, j'ai commencé par sensibiliser le top management, puis l'encadrement intermédiaire, qui a un rôle fondamental à jouer pour instaurer la confiance nécessaire dans le système de déclaration. Cela ne doit pas aboutir à une sanction ou une mise en défaut systématique des personnes qui ont fait une déclaration. Sinon elles risquent de se rétracter et de ne pas

déclarer des événements plus graves par la suite. Il faut choisir entre avoir connaissance des EIG, pour pouvoir les analyser et mettre en place des actions d'amélioration pour éviter que cela se reproduise, et donc pouvoir s'améliorer, ou ne pas savoir et donc ne pas s'améliorer si les professionnels sont sanctionnés. Les professionnels de santé doivent non seulement se sentir en capacité d'effectuer ces déclarations mais également en voir l'utilité et les améliorations qui en découlent.

➤ **Quel est le volume de déclarations d'événements indésirables dans votre établissement ?**

1 988 fiches d'événements indésirables ont été enregistrées en 2016. On ne peut pas explorer tous les aspects de chaque événement, mais l'objectif est de développer les analyses de causes profondes pour mettre en place des actions correctives et préventives. D'où la nécessité d'avoir une personne pilote et dédiée pour la réception et l'analyse des événements indésirables. Après tout dépend de ce qu'on veut faire des fiches d'événements indésirables.

➤ **Comment sélectionnez-vous les déclarations qui seront davantage exploitées ?**

C'est le critère de gravité qui prime, ainsi que le souhait des professionnels de santé. Le côté pédagogique et plus serein des événements porteurs de risques est également important. Après, on ne peut pas tout analyser.

➤ **Comment évaluez-vous la part de non déclarations ?**

Elle est difficile à évaluer même si nous savons qu'elle existe dans tous les établissements. C'est pourquoi le travail d'acculturation et de mise en confiance des professionnels de santé est fondamental. La sous-déclaration est importante, je pense, mais en même temps qui peut dire que c'est simple de déclarer ce qui ne va pas, qui plus est si l'on a fait une erreur ?

➤ **Quels sont les événements les plus souvent déclarés ?**

Cela dépend toujours beaucoup de la culture de l'établissement en matière de priorités de déclaration, de dynamisme dans un domaine de risque particulier, de l'historique des actions faites et des réactions suite à la déclaration d'un événement indésirable. Je trouve que cela dépend également du climat social de l'établissement, mais aussi de celui de la ville. Le nombre d'événements indésirables déclarés m'intéresse très peu, ce sont la qualité de la déclaration et la gravité des événements indésirables qui importent. Si aucun événement indésirable ■ ■ ■



■ ■ ■ grave avec décès n'est déclaré, mais que 3000 EI de gravité 1 à 3 sont déclarés, c'est qu'il y a un souci dans la déclaration. Ce ne sont pas ceux qui déclarent qui m'inquiètent forcément, ce sont plutôt ceux qui ne déclarent pas, car il ne faut pas croire naïvement qu'ils n'ont pas d'événement indésirable grave.

Au CH de Périgueux, les chutes, les EI liés à l'identité-vigilance, les risques liés aux soins, les risques professionnels et ceux liés au parcours patient sont les plus fréquemment déclarés. Je trouve qu'il y a également un nombre importants d'événements porteurs de risques qui sont déclarés.

➤ **Quelle coordination est mise en place avec les vigilances ?**

Nous avons un support commun pour les fiches d'événements indésirables et les déclarations de

vigilance. L'établissement est également doté d'un coordonnateur des vigilances. Un bilan annuel doit être réalisé avec l'ensemble des vigilants, qui participent également au comité de vigilance et des risques.

La gestion des vigilances est donc à la fois indépendante et commune à la gestion des événements indésirables. Je suis en contact avec ces personnes et nous travaillons ensemble lors d'un événement indésirable ou d'une action de sensibilisation (chambre des erreurs par exemple). Il est important pour le Coordonnateur de respecter le domaine de compétence des vigilants et des gestionnaires des risques spécifiques, et de ne pas empiéter sur leurs domaines, mais un oubli ou une erreur est vite arrivée, surtout que souvent dans les EIG, on peut croire que cela concerne une thématique et en fait cela en concerne d'autres.





➤ La Direction des soins est-elle associée à ces réflexions ?

Oui. Pour moi, la Direction de soins comme le Président de la CME et le Directeur Général ont des rôles primordiaux. Mon souhait est de développer les réunions communes pour partager l'information et déterminer les actions à mettre en place. Mes confrères Coordinateurs me font part de situations diverses, je crois que le plus dur dans les établissements de santé c'est que chacun trouve sa place, car forcément on parle de qualité et de sécurité des soins paramédicaux, mais également médicaux. Et il y a des référents en méthodologie car la qualité et la gestion des risques font appel à des méthodologies particulières, et il y a des démarches comme la certification à conduire. Je pense donc que chacun à sa place et son utilité, le tout est de trouver dans tous les établissements une manière de fonctionner, en respectant les rôles et l'expertise de chacun.

➤ Disposez-vous d'un interlocuteur au niveau informatique et pouvez-vous demander des modifications dans le système d'information de l'hôpital ?

L'informatique diminue certains risques mais en augmente d'autres ou en crée de nouveaux. Nous avons eu des réunions sur le sujet. C'est une vraie problématique, dans les hôpitaux en général, dans la mesure où nous sommes dépendants des éditeurs de logiciels et que chaque établissement peut être doté d'un logiciel différent ou de plusieurs logiciels. L'idéal serait d'avoir un ou deux logiciels type au niveau national par besoin (pour la pharmacie, pour le dossier patient), afin de faciliter les mises à jour et limiter la multiplication des logiciels. Le risque informatique demeure, je pense, l'un des plus importants dans les hôpitaux à ce jour et soulève de nombreuses questions en matière de mise à jour, paramétrage, sécurisation, conservation et confidentialité des données.

Mais l'informatique est aussi une formidable opportunité d'amélioration. En revanche, cela implique de revoir les processus et les organisations en conséquence, car l'informatique n'est pas la solution miracle à tous les problèmes. Je ne connais pas encore de Coordinateur qui n'ait pas « mis les pieds » dans ce domaine, car

c'est stratégique pour la sécurité des patients. Et cela va s'intensifier de plus en plus avec la télémédecine, les GHT et les objets connectés. Mais il est important de reconnaître que les informaticiens font tout ce qu'ils peuvent avec les moyens dont ils disposent, et que les exigences législatives, réglementaires, les besoins pour les établissements et pour la sécurité des patients en informatique deviennent de plus en plus importants. Je pense qu'à l'avenir, au niveau national, il existera une « informatico » ou une « logiciovigilance » spécifique comme la pharmacovigilance.

« Notre souhait est de développer les réunions communes pour partager l'information et déterminer les actions à mettre en place. »

➤ Comment le déclarant est-il informé des suites données à son signalement ?

Le nombre important de déclarations ne permet pas cette remontée d'information individuelle directe. Pour le moment, le système de déclaration

n'est pas relié à notre base RH donc les déclarants qui n'ont pas d'adresse mail ne peuvent pas être informés directement des suites données à leur déclaration ; ils reçoivent une notification via leur encadrement.

L'affectation nouvelle d'un cadre de santé, intervenue en janvier dernier, au suivi des événements indésirables vise à faciliter cette communication avec les déclarants et la diffusion de l'information. Par ailleurs, les comités de suivi qualité gestion des risques par pôle font également un focus sur quelques événements indésirables et les actions qui ont été mises en œuvre à la suite de leur signalement.

➤ Un certain découragement est perceptible chez des professionnels de santé qui font des déclarations sans avoir de retour et qui renoncent finalement à en faire.

Effectivement, c'est une problématique pratiquement toujours rencontrée et c'est logique : qui pourrait croire qu'on peut donner une solution à 2 000 fiches de déclarations ? Je comprends tout à fait que certains se découragent, surtout que déclarer c'est prendre du temps pour le faire, mais en l'absence de déclarations, nous ne pouvons pas connaître certains risques ni agir, et l'on pourrait penser, à tort, que le problème n'existe plus.

Nous ne pouvons pas mettre en place une action spécifique pour chaque événement déclaré. Il ne revient ■ ■ ■



■ ■ ■ pas non plus au gestionnaire de risques de résoudre tous les problèmes. Ce serait une grave erreur de croire qu'il est une sorte de « messie ». De plus, il ne peut pas et ne doit pas agir « à la place de ». En revanche, il a le pouvoir d'alerter le top management en cas d'événement très grave ou de risque important.

Certes, on peut toujours trouver des sources d'insatisfaction. Il n'en demeure pas moins qu'une déclaration est l'une des solutions possibles pour faire remonter les situations à risques et les analyser. Le développement de cette culture demande beaucoup de temps et de persévérance.

➤ Le signalement des événements indésirables est-il perçu par les professionnels comme une aide ou une contrainte ? La pédagogie à ce sujet modifie-t-elle leur regard ?

A mon sens, le signalement des EI est à la fois une aide et une contrainte : une contrainte dans la mesure où cela demande du temps et que les professionnels n'ont pas toujours le sentiment d'être entendus. Mais cela peut constituer une aide significative si des analyses de causes sont réalisées et qu'une action est mise en œuvre ensuite. Il n'y a pas non plus besoin d'analyser tous les événements indésirables. Le rôle de l'encadrement direct suite aux

déclarations est primordial. En outre, les réunions d'analyse de causes sont souvent des temps de partage et de verbalisation importants, qui facilitent le retour d'expérience et font parfois office de catharsis. Cela permet parfois seulement à chacun de comprendre les contraintes et problématiques des uns et des autres, mais parfois c'est déjà beaucoup, car c'est facile de critiquer l'autre quand on ne connaît pas ses difficultés. Une fois qu'elles sont connues, cela permet parfois de trouver des solutions pour être plus « sécurisée » pour les patients. J'ai vu des choses avancer, des décisions concertées se prendre suite à des EIG, qui étaient pourtant bloquées auparavant et pour lesquelles aucune solution ne semblait être possible à trouver. Le milieu hospitalier travaille souvent dans l'urgence, donc malheureusement c'est « le plus urgent des plus

urgents » qui se retrouve en haut de la pile des priorités. Le soutien du management est essentiel pour mettre les personnes en confiance et les valoriser dans leur rôle de lanceur d'alerte. A eux, également, de l'utiliser à bon escient et non dans un objectif de nuire.

➤ Quelle est la durée requise pour effectuer une déclaration d'EIG ?

Cette déclaration, entièrement informatisée dans notre établissement, demande en moyenne quelques minutes. Ce n'est pas très long, mais selon la nature de l'événement indésirable, poser le contenu peut être plus long.

Avoir un logiciel unique au niveau national permettrait de faciliter les paramétrages et d'harmoniser les process d'un établissement à l'autre.

« Les réunions d'analyse de causes sont souvent des temps de partage et de verbalisation importants, qui facilitent le retour d'expérience et font parfois office de catharsis. Le soutien du management est essentiel pour mettre les personnes en confiance et les valoriser dans leur rôle de lanceur d'alerte. »

➤ Quels sont les principaux freins au signalement ?

La peur de la sanction est-elle réelle ?

Oui, la peur de la sanction et du jugement, mais aussi le sentiment d'une perte de temps, l'impression d'inutilité, le problème d'ergonomie des logiciels, ou encore l'absence de réponse à une déclaration.

La peur de la sanction constitue le principal frein. Il ne suffit pas d'écrire qu'il n'y aura pas de sanction, il faut

le faire concrètement tous les jours suite à des FEI. On peut penser que l'hôpital est un endroit très sûr, mais encore s'agit-il d'y prendre en charge de l'humain et non des machines. Sensibiliser sans faire peur permettrait de responsabiliser davantage les patients et les soignants. Tout le monde a forcément connu un dysfonctionnement ou commis une erreur à un moment ou à un autre de son parcours, plus ou moins dommageable. Il est important d'instaurer une confiance et un contexte bienveillant pour analyser les causes profondes de ces dysfonctionnements et mettre en place les actions correctives. Les professionnels de santé éprouvent déjà un mal-être quand ils ont commis une erreur ou qu'ils sont à l'origine d'un événement indésirable. Il est important de ne pas accentuer ce sentiment de culpabilité et d'avoir une attitude



adéquate par rapport aux signalements effectués. Sinon le risque est de décourager les déclarants.

Les EIG sont souvent le résultat de défaillances multiples et d'un enchaînement de causes qui peuvent conduire jusqu'au décès du patient. On se demande parfois comment de telles situations peuvent se produire a posteriori, ou comment telle personne a pu faire telle erreur, mais lorsqu'une analyse approfondie est réalisée, on constate souvent qu'une multiplicité d'acteurs et de paramètres sont entrés en jeu et que leur interaction a conduit à un incident ou un accident plus grave, parfois même la météo s'en mêle ! C'est à croire parfois qu'il n'est pas possible que toutes les barrières aient sautées, mais pourtant si, et là vous vous dites « Bienvenue dans la gestion des risques ». On m'a dit un jour, « *un bon gestionnaire des risques doit s'attendre à tout* », et effectivement je le pense. Au fur et à mesure de l'expérience, je me rends compte que certains me parlent d'événements indésirables, en pensant « ce n'est pas possible que cela soit arrivé, comment c'est possible », alors que parfois un gestionnaire des risques peut finir l'histoire, tellement il s'attend à tout. Je suis toujours frappée, quand un professionnel débute dans la gestion des risques, et qu'il prend conscience de tous ces événements indésirables, alors qu'avant il était pourtant dans un service de soins. Certains événements indésirables paraissent incroyables quand ils sont relatés dans les médias, mais c'est juste oublier que le milieu de la santé est par définition à risques, qu'il s'agit de patients et non de machines, qu'il s'agit de professionnels de santé et donc d'humains, et que pour prendre en charge un patient, une multitude d'éléments et d'interactions entrent en jeu. Heureusement, cela n'arrive pas tous les jours, mais c'est une possibilité à envisager, d'où l'intérêt des barrières de prévention !

➤ Quelle serait la réforme à envisager afin d'améliorer l'efficacité de la gestion des risques à l'hôpital ?

Plusieurs axes devraient être privilégiés à mon sens :

- développer la formation initiale et continue des décideurs, de l'encadrement et de l'ensemble des professionnels pour en faire une vraie priorité ;
- sensibiliser les patients au sujet sans leur faire peur et les rendre co-acteurs ;
- simplifier et harmoniser la gestion des risques au niveau national, parfois tous ces sigles – CREX, RMM, ADC – ne font pas appel à la même méthodologie selon l'établissement, c'est un peu comment faire simple quand on peut faire compliqué !

- continuer à vulgariser la qualité et la gestion des risques, car parfois certains peuvent avoir l'impression qu'on parle une autre langue, alors qu'en fait ce n'est pas si compliqué à comprendre ! par contre, ce n'est pas si simple à mettre en œuvre
- proposer au niveau national un circuit de déclaration et de traitement des EI au sein des établissements, en permettant aux établissements dans un second temps de l'adapter à leur spécificité
- harmoniser les logiciels...
- développer le partage d'expériences ;
- un groupe de personnes au niveau national qui serait chargé, de voir comment cela se passe ailleurs, dans divers établissements, qui concentrerait le benchmarking selon les domaines, exemple « urgences », « pharmacie », « bloc opératoire », « gestion des violences ;
- dédier du temps aux pilotes des thématiques du compte qualité de la certification ;
- libérer du temps pour les réunions d'analyse des causes
- harmoniser les réponses apportées suite aux déclarations des EIG aux niveaux départemental et régional, voire national ;
- et surtout permettre aux hôpitaux de travailler dans un contexte « sécuritaire » : la santé a un coût, jusqu'où souhaitons-nous tous au niveau national investir ? L'efficacité n'est pas un « gros mot » à partir du moment où elle permet de soigner au meilleur coût et non au plus bas coût. Toutes les démarches de gestion des risques ne peuvent se faire qu'avec les professionnels, elles ne remplaceront jamais ni les humains ni le matériel. On peut rédiger toutes les plus belles procédures du monde, ce qui compte c'est qu'elles soient en lien avec la réalité du terrain. Est-ce qu'une ligne de SMUR doit être moins financée car elle n'est pas utilisée en permanence ou doit-on la garder dans l'intérêt général ?
- l'avenir est également de sécuriser un certain nombre de nouveaux risques en amont et de prendre en compte les problématiques liées aux déserts médicaux ou à la pénurie médicale, notamment liés à l'informatique, à la télémédecine (qui est également à développer non par choix mais par obligation par défaut), aux transports, mais aussi à la permanence des soins (saturation des services d'urgences à certaines périodes) et l'intérim, sans oublier les Bactéries Hautement Résistantes.

Ma « mentor » me disait « *la gestion des risques, c'est un luxe* », cela m'avait choqué à l'époque, mais effectivement cela l'est, car rien que pour analyser des EI, cela prend du temps. ■ ■ ■



■ ■ ■ Quant au coordonnateur en gestion des risques, il doit savoir souligner les choses positives mais ne pas craindre de signaler ou de pointer ce qui ne va pas, sans pour autant empiéter sur le métier des autres. Il faut aussi avoir en tête cette dimension politique. On ne peut pas tout maîtriser, il faut jouer son rôle d'alerte tout en sachant prendre du recul par rapport aux situations. Et surtout être conscient qu'on concentre tout ce qui ne va pas, alors que plein de choses vont bien aussi !

➤ Les médecins acceptent-t-il facilement la critique de votre part ?

Tout dépend du rapport que l'on instaure avec eux. Parfois ils savent qu'ils ont commis une erreur et échangent plus facilement ou spontanément entre confrères. Car la société, je pense, les conditionne pour ne pas montrer leur faiblesse, sauf que comme tout le monde, ils sont humains...

Néanmoins, la discussion peut s'engager à plusieurs confrères, et dans le cadre de RMM, certains se remettent en question et apprennent ensemble de l'expérience. Tout dépend de l'écoute et du positionnement de l'animateur. Le but étant de s'améliorer en continue, de donner confiance pour donner envie de parler, et de ne pas juger. Là encore c'est un travail de longue haleine et de long terme, dans lequel l'échange et la désignation de responsable de RMM ou d'animateurs qui partagent cette culture, sont essentiels.

Personnellement, je pense que le rôle du Coordonnateur n'est pas de les critiquer mais de les faire se poser des questions, les bonnes questions, d'échanger sur les EIG et de permettre leur analyse, parfois rien qu'en réunissant les professionnels concernés et surtout de faire émerger des actions d'amélioration. Il faut qu'ils aient confiance dans le Coordonnateur, sans confiance ils ne diront rien de bien utile. Le Coordonnateur doit être vigilant pour que ces temps d'analyses ne soient pas des « tribunaux » ou des temps de « règlement de compte ». C'est un travail de longue haleine et qui ne s'arrête jamais. Les mots « pourquoi » et « patient » sont les mots favoris du gestionnaire des risques ! Je suis toujours autant surprise quand, au début d'une réunion d'analyse d'un EIG, la simple question « comment allez-vous suite à cet événement ? » suffit à libérer la parole. Dernièrement, je donnais un cours à l'IFSI sur notamment la culture positive de l'erreur, j'ai demandé aux étudiants : « Qui d'entre vous n'a jamais fait

d'erreurs ? », évidemment personne n'a levé la main, et après je leur ai demandé de raconter des événements indésirables ou des événements porteurs de risques qu'ils avaient rencontrés au cours de leurs stages. Une main s'est levée timidement, un événement indésirable a été raconté, puis un autre, puis un autre, et au fur et à mesure le nombre de personnes voulant en raconter un a augmenté. J'ai eu l'impression qu'il suffisait de mettre les personnes en confiance et qu'une fois les confidences lancées, cela ne s'arrêtait plus.

➤ Avez-vous la possibilité d'apporter des preuves de l'efficacité de la gestion des risques ?

Au sortir des réunions d'analyse de causes, les participants se sentent souvent mieux et culpabilisent beaucoup moins. Pouvoir se poser et discuter d'une problématique suffit parfois à améliorer une situation.

La simulation aide également les personnes à être plus efficaces et plus confiantes dans leurs pratiques.

Le coordonnateur est là pour aider à la mise en place de ce cercle vertueux et démontrer l'intérêt et l'apport de cette gestion des risques, tant pour les professionnels de santé que pour les patients.

Après, démontrer l'intérêt de la gestion des risques, c'est une autre histoire. Prouver comment ? Avec un indicateur, mais lequel ? Quel sera votre numérateur et votre dénominateur ? Comment sera-t-il mesuré ?

➤ L'obligation de signalement va-t-elle modifier les pratiques selon vous ?

Je ne pense pas, même si j'espère me tromper. J'espère en tout cas que cela ne va pas diminuer les signalements des EIG en interne... Le nouveau décret risque de complexifier le métier de Coordonnateur des risques associés aux soins. Si vous travaillez dans un établissement, où la culture de la déclaration des EIG en interne et à l'ARS existe déjà, finalement cela ne changera pas grand-chose. Mais si vous travaillez dans un établissement où déjà la culture de déclarer les EIG en interne peut être optimisée, ce sera une autre affaire.

A mon sens et pour en avoir discuté avec d'autres Coordonnateurs, la décision de déclarer à l'ARS un EIG signalé par une fiche de déclaration d'un événement indésirable en interne doit rester une décision du Directeur Général. Pour qu'il y ait des EIG avec notamment des décès, qui soient déclarés en interne,



tout dépend de la confiance dans le système, de la culture positive de l'erreur plutôt que de la faute, et donc de l'absence ou non de sanction, ainsi que dans la confidentialité, donc finalement dans ce cas, les ARS vont rencontrer les mêmes problématiques et difficultés que celles que les gestionnaires de risque rencontrent au sein des établissements. Sachant qu'à la base, il existe dans tous les établissements une sous-déclaration des EIG. Après c'est comme tout système de signalement, vous déclarez un EIG, vous observez les réactions et selon la confiance que vous portez dans le système, vous réagissez en conséquence pour les EIG suivants.

Tout va dépendre de l'attitude et des réactions des ARS, qui n'ont pas un rôle facile dans une démarche de gestion des risques de par leurs missions et leurs pouvoirs de sanction. Une des recommandations de l'OMS est « Le système de signalement devrait être indépendant d'une autorité ayant le pouvoir de punir le déclarant ». Et on connaît très bien les réactions des médias et de la population générale quand il n'y a pas de sanction. Déjà en interne, s'assurer qu'il n'y aura pas de sanction sauf en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité, voire potentiellement de violence, constitue une vigilance de tous les instants du gestionnaire des risques, pour que les EIG continuent d'être déclarés. Si en plus il faut être vigilant pour l'ARS, le Ministère et les Agences sanitaires, ce n'est je pense pas possible à gérer. Donc les signalements d'EIG à l'ARS augmenteront, comme pour tout système de signalement, si le système donne confiance. Après, une fois l'EIG déclaré à l'ARS, cela incite les personnes concernées à faire une analyse des causes, et dans les 3 mois. Ce délai peut paraître long, mais à l'hôpital si vous voulez réunir toutes les personnes concernées et faire une véritable analyse des causes, cela passe vite.

L'autre risque du décret est que les professionnels de santé déclarent directement des événements indésirables graves auprès de l'ARS sans que l'établissement de soins ne soit informé.

Des risques de dérive dans une volonté de nuire ne sont pas à exclure.

Enfin, il existe aussi un risque que les patients multiplient les déclarations alors qu'il existe déjà un système de réclamations au sein des établissements.

« Sensibiliser sans faire peur permettrait de responsabiliser davantage les patients et les soignants. Tout le monde a forcément connu un dysfonctionnement ou commis une erreur à un moment ou à un autre de son parcours. »

Ce qui est important est l'usage qui est fait des déclarations des EIG, et donc leur utilité. L'essentiel est le partage d'expériences pour tenter d'éviter qu'un EIG qui s'est produit dans un établissement ne se reproduise pas dans un autre cas. Il faut également être prêt à connaître les EIG, car quand on n'a pas connaissance des problématiques, c'est plus facile ! Et les établissements

qui vont déclarer les EIG sont finalement les « bons élèves » en termes de démarche de gestion des risques, il ne faudrait pas qu'ils aient plus de « soucis » suite à une déclaration que ceux qui ne déclarent pas d'EIG alors qu'ils en ont forcément. Je pense par contre qu'avec ce texte, le non signalement d'un EIG par un établissement ou un professionnel pourrait potentiellement lui être reproché. Il faudra veiller à ce que les réponses des délégations départementales et de celles régionales des ARS soient les mêmes.

Après la démarche de gestion des risques est de s'améliorer par l'expérience et nécessite des receveurs des déclarations d'EIG formés à la gestion des risques. Il faut reconnaître que parfois les déclarations d'EIG permettent de faire avancer des choses avec des interlocuteurs externes à l'établissement qui, peut-être, n'auraient pas été possibles sans déclaration, même si ce n'est pas l'objectif de la déclaration à la base.

Dans ce contexte il revient aux ARS, au Ministère de la santé, aux Agences sanitaires et à la HAS, de mettre en confiance les professionnels de santé pour que les événements indésirables graves leur soient déclarés et correctement déclarés, et par conséquent que le partage d'expériences et les problématiques identifiées soient utiles au plus grand nombre pour la sécurité des patients, comme le système de signalement des événements indésirables interne à un établissement. ■

Un référentiel métier est venu récemment préciser la place, le rôle et les missions des assistants de régulation médicale au SAMU Centre 15. Présentation de ce référentiel et de ses principaux points à travers cette synthèse et des extraits choisis.

Assistants de Régulation Médicale (ARM) au SAMU Centre 15 : un référentiel désormais disponible

GERMAIN DECROIX, JURISTE, MACSF

➤ Introduction

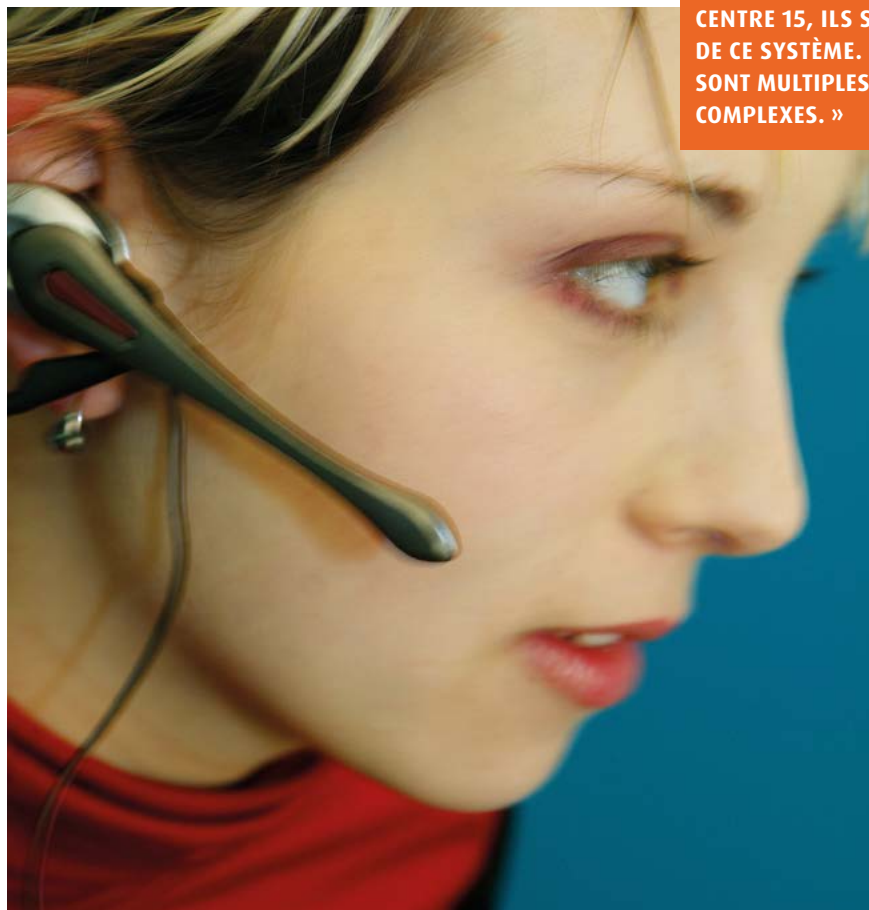
Les SAMU-Centres 15 ont une importance et une place toute particulière dans le schéma d'organisation des soins en France : répondre aux appels à caractère sanitaire, qu'il s'agisse d'Aide Médicale Urgente (AMU) ou de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), qualifier et trier les demandes, adapter la réponse médicale au niveau de soins requis par

le patient et lui assurer une orientation adaptée au bon moment, au quotidien comme en situation exceptionnelle. Les campagnes d'information du grand public (syndrome coronarien aigu, arrêt cardiorespiratoire, accident vasculaire cérébral...) et les attentats terroristes de la région parisienne soulignent

toute l'importance de la régulation médicale dans la coordination de la réponse sanitaire et dans le « juste soin ». Le rôle central du SAMU-Centre 15 se traduit par une augmentation du nombre d'appels (+ 10 %, 31 millions d'appels en 2014).

« LES ARM SONT EN PREMIÈRE LIGNE POUR ACCUEILLIR LES DEMANDES DE SOINS ADRESSÉES AU SAMU - CENTRE 15, ILS SONT AU CŒUR DE CE SYSTÈME. LEURS MISSIONS SONT MULTIPLES ET DE PLUS EN PLUS COMPLEXES. »

Les ARM sont en première ligne pour accueillir les demandes de soins adressées au SAMU - Centre 15, ils sont au cœur de ce système. Leurs missions sont multiples et de plus en plus complexes.



➤ Contexte

Le rôle d'ARM est incontournable au fonctionnement du SAMU-Centre 15 et cette activité professionnelle a évolué depuis l'an 2000. Elle intègre la dynamique d'adaptation des SAMU-Centres 15 et se complexifie tant sur le plan des connaissances que sur l'utilisation de nouveaux outils et de nouvelles pratiques.

Le métier d'ARM est spécifique et existe uniquement au sein de la fonction publique hospitalière. Il exige un niveau minimal de formation Baccalauréat ou équivalent et répond à une formation spécifique afin d'être exercé. Le décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 actait la création du corps des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM), il a été modifié par les décrets n° 2011-660 du 14 juin 2011 et n° 75 2011-661 du 14 juin 2011 qui créent le corps des Assistants Médico-Administratifs



© B5IP

(AMA) et leur attribuent la catégorie B. Ce corps regroupe les métiers de secrétaire médical et d'ARM.

Ce référentiel trouve son origine dans le constat d'hétérogénéité des fonctions d'ARM au sein des SAMU - Centres 15 et le besoin d'harmonisation et de reconnaissance professionnelles. Il a pour vocation de décrire dans une démarche qualité :

- les rôles des ARM au sein des SAMU - Centres 15 ;
- la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- les perspectives d'avenir.

Il constitue un socle commun visant à renforcer la qualité et la sécurité de l'accueil des usagers du SAMU - Centre 15 et à améliorer la pratique du métier d'ARM.

➤ Place des ARM au SAMU - Centre 15 en 2016

Pour accueillir les appels qui leur sont destinés, les SAMU - Centres 15 disposent d'un Centre de Réception et de Régulation

des Appels (CRRA) plus communément désigné aujourd'hui sous le terme de « salle de régulation médicale ». Plusieurs métiers complémentaires y coexistent afin d'assurer une réponse médicale et sanitaire de qualité aux appelants, le rôle des ARM y est central.

En salle de régulation, l'ensemble des activités synchrones en lien avec les appels entrants constitue le « front office ». À l'inverse les activités asynchrones constituent le « back office ». Les ARM représentent le front office de niveau 1 et sont les premiers interlocuteurs des appelants. Si le métier d'ARM s'exerce principalement en salle de régulation médicale, il convient de souligner qu'aujourd'hui, les ARM ont également un rôle extrahospitalier dans le cadre des Situations Sanitaires d'Exception (SSE) ou Dispositif Prévisionnel de Secours (DPS).

➤ Conditions d'exercice du métier d'ARM

L'ARM exerce son activité au sein du SAMU - Centre 15 et est soumis au secret

professionnel. Il travaille en lien étroit avec le(s) Médecin(s) Régulateur(s) (MR). Dans le cadre de son activité opérationnelle, il assure l'accueil initial des appels destinés au SAMU - Centre 15 ou la gestion et la coordination des moyens opérationnels en salle de régulation, ces activités sont exclusives de toute autre fonction.

Les appels ont un caractère médical ou médico-social, ils relèvent de l'AMU ou de la PDSA. Ils sont réceptionnés le plus souvent en situation ordinaire et plus exceptionnellement lors d'un événement catastrophique ou une crise sanitaire. Grâce à la maîtrise de la relation à distance, l'ARM contribue à réaliser un accueil de qualité et à instaurer une véritable relation patient à distance.

Pour chaque appel, l'ARM crée un dossier. Le plus souvent l'appel revêt un caractère sanitaire, il s'agit alors d'un Dossier de Régulation (DR) qui devient un Dossier de Régulation Médicale (DRM) lorsqu'il est pris en charge par un médecin régulateur. ■ ■ ■

■ ■ ■ La relation entre ARM et MR est synergique. Cette relation positive doit être rappelée, elle intervient au quotidien et également en période de crise dans un objectif de « scalabilité » ou de résilience du dispositif de régulation médicale des appels.

La compétence est définie par la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation et de connaissances. Le caractère indissociable de cette combinaison doit être souligné. Il met en perspective toute l'importance que revêt l'aspect comportemental en milieu professionnel et de surcroît au sein d'une salle de régulation médicale. Si la réception et la régulation des appels est génératrice de stress eu égard à l'enjeu sanitaire, il paraît essentiel de rappeler que la maîtrise de son comportement et de la relation à l'autre permet de mieux travailler et limite le risque d'erreur aux conséquences parfois dramatiques. Une logique de confiance collective, une importante pratique de transmission des compétences renforçant la cohésion groupale et l'aspect central de l'ambiance de travail sont des éléments clés de la qualité et de la sécurité de la réponse apportées aux patients.

Chacun des acteurs inscrit son action dans un environnement qui doit être régi par un règlement opérationnel appliqué à la salle de régulation médicale.

L'objectif est d'assurer des conditions optimales de travail et de limiter les sources de dispersion (usage de téléphone personnel, usage de web services sans lien avec l'activité professionnelle, accès limité à l'espace de régulation aux professionnels en poste, etc.). Des temps et des espaces dédiés aux pauses sont nécessaires afin de permettre aux personnels de mieux appréhender le stress professionnel.

➤ Rôles de l'ARM

L'ARM est amené à occuper différents postes définis comme suit :

- lorsqu'il accueille les appels destinés au SAMU - Centre 15, il occupe le poste d'ARM accueil ;
- lorsqu'il gère les moyens opérationnels et/ou les transmissions radiophoniques il occupe le poste d'ARM gestion ;
- lorsqu'il exerce le rôle d'une « personne ressource » (expérience professionnelle) pour les autres ARM, il occupe le poste d'ARM coordinateur.

Pour chacun de ces postes, nous précisons le rôle opérationnel et non opérationnel de l'ARM. Les rôles et missions de l'ARM doivent être consignés dans une fiche de poste.

➤ Liens hiérarchiques et fonctionnels de l'ARM

L'identification des liens hiérarchiques et fonctionnels permet à l'ARM de mieux se situer dans son environnement de travail. En permanente interaction avec les autres professionnels du centre de régulation médicale et les services hospitaliers ainsi que les partenaires du SAMU- Centre 15, il est essentiel que le positionnement de l'ARM soit clairement précisé.

1. Lien hiérarchique

L'ARM est fonctionnaire de la fonction publique hospitalière, il est sous l'autorité du directeur de l'établissement et de son cadre hospitalier de proximité (cadre de santé, cadre administratif, adjoint des cadres ou superviseur).

2. Lien fonctionnel

L'ARM exerce son activité sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable UF, du médecin régulateur, de l'ARM coordinateur lors de son activité opérationnelle en salle de régulation.

Il n'existe pas de lien hiérarchique ou fonctionnel avec les partenaires du SAMU - Centre 15.

➤ Perspectives d'avenir des ARM

Du standard des Services d'Aide Médicale Urgente au Centre d'Appels des SAMU -

Centres 15, les évolutions organisationnelles et techniques ont été majeures cette dernière décennie. Ce mouvement d'adaptation et d'évolution répond à une sollicitation croissante des SAMU - Centres 15.

Ainsi, demain, la régulation médicale, au sein d'une plate-forme « Samu-Santé » élargie, sera garante d'une réponse « personnalisée » de qualité, basée sur des arguments médicaux, en cohérence avec la politique de santé mise en place au sein de chaque territoire. Au cœur du système, les ARM ont un rôle majeur et sont directement impliqués dans ces changements.

• Vers un environnement métier de plus en plus « technique »

Les SAMU - Centres 15 ont pour la plupart adopté les systèmes informatiques et de téléphonie des centres de contacts non médicaux. Les ARM doivent s'approprier ces notions qui font ou feront partie à très court terme de leur quotidien opérationnel.

Les principales fonctionnalités de téléphonie avancée sont résumées ci-après :

- ACR (Advanced Call Routing : reconnaissance de numéro de l'appelant et pré-qualification de l'appel permettant de leur faire suivre des scénarii personnalisés ;
- SVI (Serveur Vocal Interactif) : accès à des informations et/ou choix d'orientation de l'appel (par exemple : « Pour une urgence vitale, tapez 1. »), annoncé ou seul connu des professionnels concernés. Ce SVI peut être utilisé pour gérer l'attente (quand aucune ressource n'est disponible immédiatement) et mieux prioriser les appels ;
- ACD (Automatic Call Distribution) ou CCD (Call Center Distribution) : distribution automatique des appels, répartition de la charge de travail (matrice de distribution paramétrable), priorisation du décroché des appels en fonction de scénarii préétablis ;
- outils de gestion dynamique de l'attente : matériel permettant d'optimiser l'attente, de prioriser les appels urgents, d'intervenir dynamiquement sur une distribution automatique ; affichage graphique des appels en cours de réception ou de traitement ;

« AINSI, LA RÉGULATION MÉDICALE, AU SEIN D'UNE PLATE-FORME "SAMU-SANTÉ" ÉLARGIE SERA LE GARANT D'UNE RÉPONSE "PERSONNALISÉE" DE QUALITÉ, BASÉE SUR DES ARGUMENTS MÉDICAUX, EN COHÉRENCE AVEC LA POLITIQUE DE SANTÉ MISE EN PLACE AU SEIN DE CHAQUE TERRITOIRE. »

- outils de supervision : matériel de type physique (baromètres, WBM alias Wall Board Manager) et/ou logiciel, permettant un affichage et une analyse en temps réel de l'activité (indicateurs de ressources, de charge, de performance,...) ou *a posteriori* afin d'adapter les besoins.

Cet environnement technique permet par exemple à l'ARM d'adapter les modalités de transfert d'appel au médecin régulateur en fonction du niveau de priorité de l'appel, de la disponibilité du médecin régulateur, du type de régulation médicale et parfois du niveau d'activité en salle de régulation.

L'amélioration de la disponibilité des ARM nécessite d'assurer une automatisation maximum de toutes les tâches répétitives grâce à des Systèmes d'Information (SI) adaptés (ex. : déclenchement des SMUR, transmission d'information (feuille de route, DRM). L'utilisation des fonctions avancées des SI permettra aux ARM de mener plus avant leurs actions de coordination. Le Logiciel de Régulation Médical (LRM) va devenir interopérable avec le Système d'Information Hospitalier (SIH), avec l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) et le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

Ces nouvelles fonctionnalités permettront de visualiser en direct l'activité des différents services d'urgence, afin d'anticiper l'orientation des patients vers les services les plus disponibles et d'organiser, lors des périodes de surcharge d'activité, la réorientation des patients vers des services moins saturés.

L'interconnexion avec les SI des partenaires améliore la prise en charge des patients, ces fonctionnalités existent mais sont déployées de manière hétérogène sur le territoire. À court ou moyen terme les ARM pourront être concernés par l'interconnexion informatique :

- CTA – CRRA permettant un échange de données non médicales entre les opérateurs des CTA et les ARM du SAMU ;
- avec le 114 ;

- avec le système de déclenchement des Transporteurs Sanitaire (géolocalisation, ...).

« L'ARM SERA CONCERNÉ PAR LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE QUI CONCERNE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LE GRAND PUBLIC. AINSI L'ARM DISPOSERA EN SALLE DE RÉGULATION D'INFORMATIONS MÉDICALES PROVENANT DIRECTEMENT DU PATIENT. »

Si le média de communication principal est le téléphone, il convient d'ores et déjà d'identifier l'intégration de nouveaux outils tels que la vidéo et l'image au sein des centres de régulation médicale. Il sera nécessaire de définir en amont précisément le rôle de l'ARM et sa participation à l'analyse des informations reçues à l'instar de ce qui est fait pour les appels téléphoniques.

Les évolutions techniques rendent possible l'adaptation de nouvelles pratiques au sein des centres de régulation médicale. La pratique du « call back » (rappel programmé) est probablement destinée à se développer. Il s'agira pour un patient de solliciter par une interface web un rappel du SAMU - Centre 15 sur un créneau horaire proposé. Sur la base de l'autodétermination du patient, cette activité permet de prendre en charge sa demande (conseil ou avis) à des moments de moindre activité front office. L'activité de back office sera d'une manière générale un axe de pratique nouveau pour les ARM.

De la même manière, l'ARM sera concerné par le développement de la télémédecine qui concerne les professionnels de santé et le grand public. Ainsi l'ARM disposera en salle de régulation d'informations médicales (glycémie, la tension, le pouls, la saturation...) provenant directement du patient. L'action de l'ARM sera de les recevoir et de les analyser, d'en déterminer la gravité potentielle ou avérée et de transmettre le dossier au MR en qualité de véritable assistant de soin.

- **Vers une gestion facilitée de l'admission en établissement de soins**

Lorsque l'état du patient nécessite son hospitalisation, l'ARM en lien avec le MR pourra rechercher un lit d'aval en fonction de la disponibilité, du niveau d'occupation des établissements receveurs. L'accès au Répertoire Opérationnel des Ressources et l'usage d'outils fiables et actualisés facilitera cette action.

- **Vers une prise en charge exclusive de certains appels**

L'acte de régulation médicale réalisé par les médecins régulateurs nécessite un temps incompressible. Dans un contexte médico-économique contraint, il est nécessaire de concentrer le temps médical pour des appels pour lesquels l'expertise médicale est impérative. Ainsi, une partie de l'activité pourra être confiée aux ARM dans un cadre formalisé au sein du service, répondant aux recommandations professionnelles.

- **Vers une pratique territoriale**

Le métier d'ARM est directement concerné par l'évolution organisationnelle des SAMU - Centres 15 à l'échelle d'un territoire. D'une logique historiquement départementale, l'activité opérationnelle évolue vers une stratégie d'articulation et d'entraide à l'échelle d'un territoire.

Le territoire de santé constitue un découpage géographique « *pertinent pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* ».

L'ARM aura à prendre en charge des appels issus de son secteur géographique habituel ainsi que de zones géographiques limitrophes et/ou articulées avec son SAMU - Centre 15. Agir au-delà des zones géographiques actuelles nécessite anticipation, réactivité et connaissances renforcées. Ainsi d'un pilotage opérationnel local réalisé dans le cadre de la supervision, les SAMU-Centres 15 voient apparaître les bases d'un pilotage opérationnel multi-sites appelé hypervision. Il conviendra pour les ARM d'intégrer ces évolutions de pratiques qui visent à renforcer l'efficacité de la réponse des SAMU-Centres 15. ■ ■ ■

■ ■ ■ ↗ Évaluation des pratiques professionnelles des ARM

Si aujourd'hui les ARM n'entrent pas dans le cadre réglementaire de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles, ils n'en demeurent pas moins nécessaires dans une logique de cohérence de la réponse apportée par le SAMU-Centre 15 et dans une logique de qualité et de sécurité des soins.

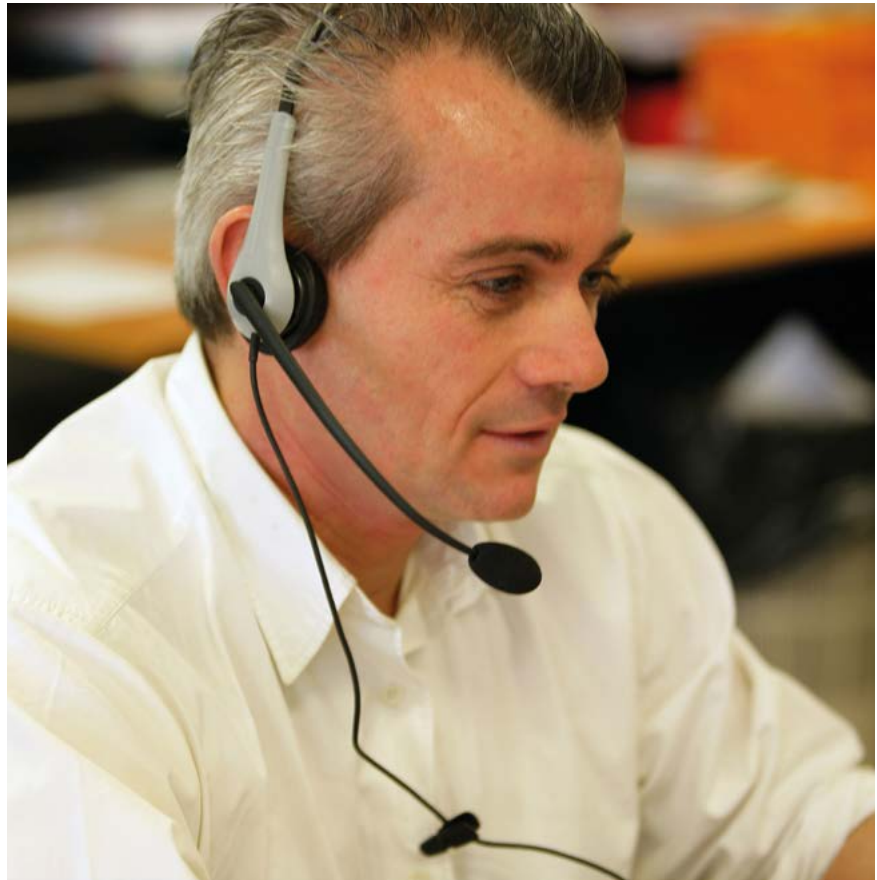
Il s'agit de valoriser au sein de chaque SAMU - Centre 15 cette démarche qui participe également à la reconnaissance du métier d'ARM. L'évaluation s'inscrit dans une logique de construction avec l'ARM d'un plan d'action et d'amélioration pour atteindre des objectifs définis conjointement.

Il s'agit de prendre en compte les aspects opérationnels et non opérationnels du métier d'ARM :

- accueil de l'appel (maîtrise de la relation à distance, savoir être) ;
- utilisation des outils métiers (LRM, Radiophonie...), complétude du dossier de régulation ;
- décisions, application des procédures opérationnelles ;
- exhaustivité du travail administratif.

L'évaluation de pratique professionnelle s'organise de manière individuelle par la réécoute à visée pédagogique de bandes sonores de l'ARM évalué et par l'utilisation de grilles d'analyse des appels. L'utilisation de critères d'évaluation pertinents et reproductibles permet d'inscrire l'évaluation dans la durée et d'objectiver l'amélioration des pratiques. Les grilles d'évaluation d'analyse d'appels, d'analyse d'outils métiers ou d'utilisation de l'outil de travail peuvent être utilisées par les

« IL CONVIENTRA POUR LES ARM D'INTÉGRER CES ÉVOLUTIONS DE PRATIQUES QUI VISENT À RENFORCER L'EFFICACITÉ DE LA RÉPONSE DES SAMU-CENTRES 15. »



© DR

tuteurs en cours de formation pour une évaluation formative en complément de l'évaluation des connaissances métier.

L'analyse de la Durée Moyenne de Communication (DMC) de l'ARM sur une période suffisamment longue pour exclure tout biais permet d'identifier certains besoins de formation individualisée. En effet, si la DMC de l'ARM diffère significativement des résultats attendus, elle peut illustrer une difficulté de l'ARM en lien avec l'outil, les éléments métiers ou tout autre cause. Une action de formation individualisée permettra de répondre au besoin spécifique.

↗ Conclusion

Le nombre d'appels aux SAMU - Centres 15 au cours de ces dernières années est croissant et les motifs de ces appels complexes et variés.

Face à l'hétérogénéité des pratiques et des organisations, ce référentiel métier permet

de définir les fonctions, les missions, les responsabilités et la formation de cette profession. Il précise également les modalités de son exercice dans une démarche d'harmonisation nationale de qualité et de sécurité. Les propositions faites tiennent compte des recommandations professionnelles, des contraintes liées à l'environnement de travail et de l'enjeu sanitaire.

Pour les Assistants de Régulation Médicale, l'application de ce référentiel permet d'assurer une prise en charge de qualité des patients et contribue à l'amélioration des conditions de travail.

Il concourt à la reconnaissance d'une profession incontournable des SAMU - Centres 15 et met en perspective les évolutions possibles du métier d'ARM. ■

POUR ALLER PLUS LOIN

→ Voir l'intégralité du référentiel métier

L'exercice coordonné peut constituer un moyen efficace pour attirer les professionnels de santé et répondre en partie aux problèmes de démographie médicale rencontrés actuellement. Le Docteur Yoann Martin, vice-président de la Fédération des Maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles d'Auvergne Rhône-Alpes, nous fait part de son expérience et du projet de maison de santé qu'il a monté en Auvergne.



© DR

Démographie médicale et accès aux soins : l'exercice coordonné comme remède possible aux déserts médicaux ?

DR YOANN MARTIN, FÉDÉRATION MAISONS DE SANTÉ AUVERGNE

➤ Pouvez-vous nous décrire votre parcours, les raisons de votre choix pour la médecine puis de votre projet pour la médecine générale en maison de santé ?

Originaire de Moulins, dans l'Allier, je suis actuellement médecin généraliste remplaçant, dans toute l'Auvergne sur des lieux d'activité isolés et en exercice regroupé, et je porte un projet de création d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) à Pontgibaud, dans les Combrailles en Auvergne, à environ 35 km de Clermont Ferrand. Ce projet, qui a débuté il y a presque 5 ans, doit aboutir en juin 2017.

Je suis également vice-président de la Fédération des Maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles d'Auvergne Rhône-Alpes, conseiller titulaire à l'Ordre des médecins pour le Puy-de-Dôme, et président de l'association Avenir Santé Combrailles, qui fédère les professionnels de santé et les élus de ce territoire autour des aspects médico-sociaux.

J'ai toujours souhaité exercer la médecine générale en milieu rural, dès le début de mes études. Mon épouse travaillant à proximité, je me suis intéressé au secteur et j'ai pu, de par mes fonctions, rencontrer le président de la communauté de communes. J'étais alors responsable des internes pour la région Auvergne. Je connaissais déjà les maisons de santé, je m'étais beaucoup renseigné sur la question et certaines de mes connaissances en avaient déjà constitué.

Deux ans de négociations ont été nécessaires pour fédérer les professionnels de santé en place autour de ce projet et les convaincre de l'intérêt d'une telle structure. Pontgibaud est un ancien chef-lieu de canton, regroupant les services des campagnes environnantes et représentant environ 7 500 habitants répartis sur un territoire rural large, situé en semi-montagne (800 m d'altitude).

➤ Avez-vous envisagé un exercice individuel de la médecine ?

Non jamais, et ce en raison de la formation que nous recevons durant nos études. Comme le montre le dernier sondage réalisé par l'ISNAR-IMG (Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), plus de 90 % des internes qui se destinent à l'ambulatoire souhaitent travailler en exercice regroupé.

Notre formation nous y prédispose. L'internat se déroule essentiellement en équipe, que ce soit en milieu hospitalier ou dans le cadre des stages. Il est difficile, à l'issue de ce cursus, de s'imaginer exercer seul en campagne, sans aucune interaction avec qui que ce soit.

Cette formation en équipe n'existe sous cette forme que depuis la restructuration des ECN, c'est-à-dire depuis un peu plus de dix ans maintenant. Auparavant il n'y avait pas d'internat pour les médecins généralistes mais un résidanat.

« LES ÉCHANGES AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ NOUS POUSSENT À NOUS REMETTRE EN QUESTION, À ACTUALISER NOS CONNAISSANCES. »

➤ Quels sont les apports de ce travail en équipe ?

Cette dimension collective contribue à une meilleure qualité des soins et de la formation. Travailler à plusieurs permet de se coordonner et de prendre en charge plus de choses que lorsqu'on exerce seul.

Les échanges avec les autres professionnels de santé, mais aussi avec des internes et des externes, nous poussent à nous remettre en question, à actualiser nos connaissances et à ne pas rester sur nos acquis.

Enfin, le travail en équipe favorise aussi une meilleure qualité de vie en ce qu'il permet de s'organiser plus facilement et de mieux articuler vie professionnelle et vie privée. ■ ■ ■

■ ■ ■ Chacun y trouve un équilibre de vie qui est beaucoup plus complexe à préserver lorsqu'on exerce seul en milieu rural.

Le regroupement en maison de santé permet notamment de pouvoir s'appuyer sur une secrétaire sur place et sur des confrères en nombre suffisant.

➤ Ce constat est-il partagé par vos confrères ?

Tout à fait. C'est également ce qui ressort des discussions avec les jeunes médecins. Nous assistons à une dégradation rapide de la démographie médicale en Auvergne et plus largement dans les milieux ruraux. Le montage de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les cabinets de groupe attirent de jeunes professionnels de santé précisément pour ces motifs : ces derniers ne souhaitent pas exercer de façon isolée ni devoir assumer seuls une charge de travail excessive.

Les professionnels de santé déjà installés que nous avons fédérés dans le cadre du projet de MSP des Combrailles s'inscrivent dans une démarche un peu différente. Trois cas de figure se sont présentés :

- soit ils avaient déjà exercé en cabinet de groupe et ne rencontraient pas de modification majeure dans le regroupement que nous leur proposons ;
- soit ils éprouvaient une certaine lassitude vis-à-vis de l'exercice individuel et jugeaient simultanément plus facile de trouver un successeur en exercice regroupé ;
- certains, enfin, n'avaient connu que l'exercice individuel et ne souhaitaient pas en changer ; ces derniers poursuivront leur exercice comme auparavant mais peuvent interagir avec la MSP grâce à un logiciel partagé.

Par ailleurs, il est à noter que nous disposons d'intermédiaires dans les maisons de santé, à savoir que tous les professionnels de santé ne sont pas forcément regroupés au sein d'une même unité. La MSP de Pontgibaud regroupera pour sa part 19 professionnels de santé sur un même lieu. Néanmoins, grâce à un logiciel pluriprofessionnel, nous pourrions également interagir avec des professionnels qui restent physiquement basés dans leur cabinet. Ces derniers acceptent de travailler ensemble via ce logiciel et de participer à des réunions de concertation pluriprofessionnelles pour discuter de leurs patients et des éventuelles difficultés qu'ils rencontrent.

Cette solution intermédiaire permet de fédérer des professionnels de santé qui sont réticents à venir exercer en maison de santé.

➤ Avez-vous identifié un logiciel qui vous permet de partager les données médicales et les informations nécessaires entre les différents professionnels de santé impliqués ?

Oui. Il existe actuellement plusieurs logiciels agréés : Weda, Chorus, Axi santé, mon praticien.com, CGDIM. Nous avons

choisi Weda. Nous sommes en train de le déployer avec un pôle déjà regroupant 52 professionnels de santé de plusieurs structures préexistantes des environs.

➤ Le dossier du patient sera-t-il d'emblée accessible à l'ensemble des professionnels de santé, ou bien est-il partagé progressivement ?

Ce point est propre à chaque équipe. Sur le territoire des Combrailles, il a été décidé que le dossier du patient serait partagé avec les infirmières, les sages femmes, les pharmaciens et les kinésithérapeutes dès sa création, sous réserve de l'accord du patient. La plupart y sont favorables. En revanche, lorsqu'ils ne souhaitent pas qu'une information soit partagée à propos d'une pathologie ou autre, nous pouvons retirer cette partie du dossier.

➤ Combien de temps a nécessité la construction de votre projet ? Quels partenaires avez-vous sollicités ?

Il y a environ 4 ans et demi, j'ai rencontré le président de la communauté de communes pour évoquer avec lui la problématique de démographie médicale du territoire, confronté au

non remplacement d'un certain nombre de médecins sur le point de prendre leur retraite. L'idée de monter une maison de santé a été émise assez rapidement et accueillie favorablement.

Durant deux ans, nous avons organisé des réunions avec les élus de la communauté de communes, les professionnels de santé déjà installés et des représentants des usagers, afin de dresser un état des lieux du territoire, des souhaits des praticiens et des problématiques rencontrées par les patients. Certains professionnels de santé ont donné rapidement leur accord pour monter le projet, en partenariat avec l'association Avenir Santé Combrailles, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Fédération des Maisons de Santé pluriprofessionnelles et pôles d'Auvergne Rhône-Alpes.

Nous avons pu débiter le processus au bout de deux ans ; se sont ensuivies la labellisation, le montage du projet immobilier et du projet juridique, et le dépôt du permis de construire, en juin 2016. Les travaux à proprement parler ont démarré en septembre dernier, avec un objectif de fin de chantier et de démarrage d'activité sur ce secteur au 1^{er} juin 2017.

L'équipe, relativement restreinte au démarrage, s'est étoffée progressivement pour aboutir ensuite au pôle de santé décrit précédemment et fédérant des professionnels de santé d'autres structures. Les bâtiments sont pour partie neufs, pour partie réhabilités à partir d'un édifice existant sur la place de Pontgibaud.

➤ Quelles aides avez-vous reçues et quels obstacles avez-vous rencontrés ?

Le principal levier dont j'ai bénéficié est celui de l'association Avenir Santé Combrailles, association paritaire entre les

« TRAVAILLER À PLUSIEURS PERMET DE SE COORDONNER ET DE PRENDRE EN CHARGE PLUS DE CHOSES QUE LORSQU'ON EXERCE SEUL. »



professionnels de santé et les élus, qui était déjà constituée avant le projet et qui a facilité les interactions. La Fédération des maisons de santé a fourni de nombreux documents, dossiers et réponses aux questions qui se posaient quant à la réalisation du projet. L'ARS est intervenue pour la labellisation. Enfin, la volonté politique de la communauté de communes a été déterminante, même si l'initiative de départ venait des professionnels de santé.

Quant aux obstacles rencontrés, ils résidaient surtout dans les craintes que pouvaient avoir certains professionnels de santé déjà installés en cabinet individuel, et qui avaient du mal à se projeter. Ils imaginent souvent que ces structures ont un fonctionnement complexe. Il est important de répondre à ces inquiétudes et d'apporter des éléments pour les rassurer.

La nature publique du projet a pu également constituer un frein à certains moments, dans la mesure où il fallait aussi fédérer les élus politiques et composer avec les changements électoraux. Cela demande du temps et de l'énergie, plus que pour un projet privé.

➤ Quid du financement ?

Il se compose pour 55 % à 60 % de subventions, et d'un prêt de la communauté de communes pour le reste, qui sera remboursés par nos loyers.

Globalement, ce type de structure est plus coûteux qu'un cabinet. Cette augmentation de charges est de l'ordre de 40 % par rapport à un praticien exerçant dans un local dont il serait propriétaire, de 20 % par rapport à un local dont il serait seul locataire.

« GRÂCE À UN LOGICIEL PLURIPROFESSIONNEL, NOUS POURRONS ÉGALEMENT INTERAGIR AVEC DES PROFESSIONNELS QUI RESTENT PHYSIQUEMENT BASÉS DANS LEUR CABINET. »

Cette augmentation est essentiellement due au poste de secrétariat ainsi qu'aux charges des bâtiments communs (salles d'attente, salles de réunion, salles de repos). La qualité de vie et de travail qui en découle a nécessairement un coût.

➤ Quelles sont les professions de santé regroupées au sein de la MSP de Pontgibaud ?

Elle rassemble des médecins généralistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des sages-femmes, une diététicienne, des psychologues, des orthophonistes, des pédicures-podologues, des manipulatrices radiologiques (radiologie conventionnelle en télé médecine), des ostéopathes et des pharmaciens. C'est une structure importante par rapport à la moyenne d'Auvergne. ■ ■ ■

■ ■ ■ ↗ Quel en est le statut juridique ?

Le projet de santé est porté par une association loi 1901 – statut nécessaire pour la labellisation et qui permet de fédérer tous les professionnels de santé, quelle que soit leur profession (diététicienne, psychologue, ostéopathe, pharmacien notamment).

La structure fonctionnera avec l'association et dès la mise en place des NMR avec une **SISA** (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) à capital variable, qui offre une souplesse intéressante. Elle permet notamment d'éviter une tarification supplémentaire à chaque entrant ou sortant des associés. Dans une structure comme la MSP, cet aspect n'est pas négligeable.

↗ Certains patients attendent des semaines voire des mois pour obtenir un rendez-vous, au risque de ne pas être soignés pendant cette période ; quelles solutions préconisez-vous pour remédier à ce problème de santé publique ? Les MSP sont-elles en mesure de répondre à cette problématique ?

C'est certainement l'une des réponses possibles. Nous aurons un représentant des patients au sein de l'association. Nous avons tenu plusieurs réunions publiques pour recueillir l'avis des patients, soucieux de bénéficier d'une prise en charge correcte, qui réponde à leurs attentes et qui intervienne dans des délais raisonnables. Cela nécessite une coordination de plusieurs praticiens. C'est en cela que la MSP peut apporter une réponse à cette problématique.

Nous serons à échéance 3 médecins généralistes au sein du même bâtiment à Pontgibaud (8 à l'échelle du pôle de santé dans son ensemble) et disposons systématiquement de créneaux horaires avec et sans rendez-vous, ainsi que pour les visites. Cette organisation permet de voir un patient dans la journée en cas d'urgence, ou dans les 48 h si c'est moins grave, tout en absorbant le reste des flux. C'est une réponse qu'on ne peut pas apporter en exercice individuel.

Par ailleurs, la MSP permet une délégation de compétences et un transfert d'activité sous forme de protocoles : équilibrage des AVK et prescriptions de pansements (infirmières), éducation thérapeutique pour les anti-anticoagulants (pharmaciens), prise en charge des lombalgies chroniques (kinésithérapeutes). Cette organisation permet un gain de temps médical important et un recentrage des médecins sur le diagnostic, outre qu'elle améliore l'offre de soins.

↗ Une délégation de la gynécologie médicale aux sages-femmes est-elle envisagée ?

Oui, c'est une discussion que nous avons souvent avec les sages-femmes mais aussi avec les patientes, qui ne disposent pas toujours des informations suffisantes à cet égard. D'une part, les sages-femmes

sont familières du suivi gynécologique standard et parfaitement à même de le faire. D'autre part, les patientes préfèrent souvent consulter une sage-femme, qui aura davantage de temps que le médecin traitant ou le gynécologue, notamment si les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le gynécologue sont excessifs, comme c'est souvent le cas en région rurale (2 à 3 mois d'attente en Auvergne).

↗ Envisagez-vous de créer des liens privilégiés avec des spécialistes qui n'exerceraient pas encore dans votre maison de santé, ou avec un hôpital, afin de faciliter le parcours du patient ?

Oui, nous allons passer une convention avec l'une des deux plus importantes cliniques de Clermont-Ferrand, Pôle Santé République, afin de pouvoir télétransmettre aux radiologues de cette clinique les résultats des examens effectués par le manipulateur radio de la MSP des Combrailles. Le radiologue peut ensuite nous renvoyer le compte-rendu sur notre logiciel pluriprofessionnel. Notre système de télé expertise est en cours de déploiement.

Parallèlement, nous cherchons à mettre en place des consultations avancées avec certains spécialistes en ambulatoire, qui accepteraient de se rendre de temps à autre dans notre structure.

Des discussions sont également en cours avec le CHU de Clermont-Ferrand pour l'accueil et le suivi des personnes âgées hospitalisées.

Le développement de la télédermatologie fait également partie de nos projets.

↗ La généralisation du tiers payant pourrait-elle modifier l'économie du projet ?

Non, au contraire : si le tiers payant se généralisait, il serait plus facile de le mettre en place en maison de santé qu'en cabinet individuel, car nous avons un secrétariat adapté pour cela.

↗ Envisagez-vous de mettre en place la prise de rendez-vous par internet ?

Non. Cette formule ne nous paraît pas adaptée à notre territoire rural tel qu'il est configuré actuellement. Plus de 50 % des patients ne l'utiliseraient probablement pas. Nous y avons réfléchi et en avons discuté avec les patients dans les réunions publiques, cela n'a pas recueilli un accueil très favorable. Ce système existe pour certains médecins spécialistes de Clermont-Ferrand mais plus rarement pour les médecins généralistes en territoire rural. Pour le moment, tous les rendez-vous seront gérés par notre secrétariat.

« IL A ÉTÉ DÉCIDÉ QUE LE DOSSIER DU PATIENT SERAIT PARTAGÉ AVEC LES INFIRMIÈRES, LES SAGES-FEMMES, LES PHARMACIENS ET LES KINÉSITHÉRAPEUTES DÈS SA CRÉATION, SOUS RÉSERVE DE L'ACCORD DU PATIENT. »

➤ **Disposez-vous d'une pharmacie ?**

Oui, au sein de l'association. Il s'agit de deux pharmacies initiées en une seule société à Pontgibaud. Par ailleurs, toutes les pharmacies du secteur sont dans le pôle de santé. La pharmacie constitue à mon sens un organe central, qui doit être en contact avec tous les professionnels de santé impliqués et les patients. La mise en place de mesures d'éducation thérapeutique et de prévention passe aussi par cela.

Les chirurgiens-dentistes font également partie de l'association.

Ce statut permet d'intégrer tout le monde sans contrainte particulière et sans susciter d'inquiétude. C'est sur cette base que nous pouvons créer la dynamique d'équipe nécessaire pour attirer les professionnels. Il ne suffit pas de monter un « beau bâtiment » pour attirer de jeunes praticiens.

➤ **Si c'était à refaire, le feriez-vous de la même manière ? Sinon que changeriez-vous ?**

La coordination entre les services et les différents interlocuteurs qui participent au projet est l'élément qui nous a principalement fait défaut. La mise en place d'un guichet unique pour faciliter les échanges entre les différents acteurs (ARS, CPAM, élus, professionnels de santé) aurait été bienvenue et aurait permis un gain de temps et d'énergie.

« CETTE ORGANISATION PERMET UN GAIN DE TEMPS MÉDICAL IMPORTANT ET UN RECENTRAGE DES MÉDECINS SUR LE DIAGNOSTIC, OUTRE QU'ELLE AMÉLIORE L'OFFRE DE SOINS. »

➤ **Assistez-vous à une multiplication des projets de MSP dans la région Auvergne Rhône-Alpes ?**

Oui. La région Rhône-Alpes était leader dans ce domaine avant le redécoupage des régions. L'Auvergne avait beaucoup de retard au contraire. La fusion a permis d'équilibrer les choses. Nous assistons même à une explosion de nouveaux projets en Auvergne.

➤ **Y a-t-il des échecs ?**

Oui. Ces échecs sont souvent liés à la création et au démarrage du projet. Des élus montent parfois préalablement des projets de bâtiments en contraignant les professionnels de santé à s'y réunir alors qu'ils n'avaient pas forcément envie de travailler ensemble. La dynamique n'a pas pris, certains professionnels sont partis et la structure a éclaté. Un mauvais montage juridique peut également mettre à mal un projet ou créer des tensions sur la durée.

Les maisons de santé connaissent un fort développement mais il est important de structurer rigoureusement chaque projet pour pérenniser ces pôles. L'envie de travailler ensemble et la création d'une dynamique autour d'un projet de santé porteur constituent des facteurs clé de réussite durable. ■

➔ **À LIRE AUSSI**
Dossier spécial Exercice coordonné



© SHUTTERSTOCK

Aujourd'hui, les jeunes médecins s'installent moins facilement. Ils préfèrent remplacer ou exercer en collaboration. Tour d'horizon de ces deux modes d'exercice.



© JULIAN RENARD

Du remplacement à la collaboration

NICOLAS LOUBRY, JURISTE, RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT DE PROTECTION JURIDIQUE, MACSF

Sur les neuf dernières années, les effectifs des médecins remplaçants ont augmenté de 17,1 %¹. Selon l'Ordre des médecins, d'ici à 2025, ces effectifs devraient continuer d'augmenter pour atteindre presque 13 000 médecins remplaçants. Si l'âge moyen de ces médecins est de 49 ans, 25 % sont âgés de 65 ans et plus et 39 % ont moins de 40 ans et sont susceptibles de s'installer d'ici 3 ou 4 ans.

➤ Les modalités et conditions du remplacement

Le **remplacement** est un passage obligé pour un étudiant en médecine qui souhaite exercer en libéral, dès lors qu'il remplit les conditions légales et est titulaire d'une licence de remplacement. Ces dispositions sont notamment rappelées par les articles L. 4131-2 et D. 4131-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

Le remplacement va permettre au futur médecin de connaître l'environnement d'un cabinet libéral et de soigner des patients dans un contexte différent du milieu hospitalier. Le remplaçant peut aussi être un médecin titulaire de la même qualification que le médecin remplacé, inscrit au tableau de l'Ordre.

Un remplaçant permet d'assurer la continuité des soins : un médecin indisponible peut ainsi se faire temporairement remplacer, en cas de vacances, de maladie... Des remplacements réguliers et de courte durée (1/2 journée ou 1 journée par semaine) peuvent aussi être envisagés : ils doivent être justifiés par des motifs précis (maladie, formation continue, fonctions électives...).

Le conseil départemental de l'ordre veille à ce que ces remplacements, par leur régularité, n'aboutissent pas à une forme de gérance de cabinet, interdite par le Code de déontologie. Le Conseil départemental doit ainsi être prévenu, par le médecin remplacé, de toute demande de remplacement : il doit lui être indiqué par écrit la date et la durée du remplacement, le nom et l'adresse du remplaçant,

« LE REMPLACEMENT VA PERMETTRE AU FUTUR MÉDECIN DE CONNAÎTRE L'ENVIRONNEMENT D'UN CABINET LIBÉRAL ET DE SOIGNER DES PATIENTS DANS UN CONTEXTE DIFFÉRENT DU MILIEU HOSPITALIER. »

avec l'attestation d'inscription à l'Ordre s'il s'agit d'un médecin ou la licence de remplacement s'il s'agit d'un étudiant.

Il faudra également communiquer le contrat de remplacement qui précisera, en particulier, les conditions matérielles et financières de ce remplacement, sa durée

ou encore la possibilité d'installation du remplaçant à l'issue de ce remplacement. En effet, selon l'article R. 4127-86 du CSP, « un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses confrères pendant 3 mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de 2 ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé et avec les médecins, qui, le cas échéant, exercent en association avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au Conseil départemental. À défaut d'accord entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'autorisation du Conseil départemental de l'ordre ».

Sauf à avoir prévu dans le contrat de remplacement des conditions plus précises, notamment sur le périmètre d'interdiction, ces dispositions sont censées devoir s'appliquer. En cas de litige, le Conseil départemental de l'ordre pour autoriser, ou non, l'installation d'un remplaçant, tiendra compte de différents éléments : durée et conditions du remplacement, éventuel projet d'association avec le médecin remplacé, modalités projetées d'installation au regard de la distance envisagée... La décision du Conseil départemental, qu'elle soit positive ou négative, peut être déférée et donc contestée, devant le Conseil national dans les deux mois de sa notification.

➤ Peut-on remplacer un médecin décédé ?

Un médecin décédé ne peut pas avoir de remplaçant. Sous réserve de l'accord de l'ordre, la famille peut faire tenir temporairement son cabinet par un médecin inscrit au tableau de l'ordre (et non par un étudiant titulaire d'une licence de

remplacement). Un contrat de tenue de poste, d'une durée de 3 mois, éventuellement renouvelable, devra être signé avec les héritiers. Le médecin en tenue de poste utilisera ses propres feuilles de soins et percevra directement ses honoraires auprès des patients. Il versera une redevance forfaitaire à la famille pour couvrir les charges du cabinet. Cette tenue de poste doit permettre d'éviter une fuite de clientèle. À l'issue de cette période, le médecin ayant tenu le cabinet peut être intéressé par sa reprise : il signera alors un contrat de cession de cabinet. S'il n'est pas intéressé, le contrat de tenue de poste devra prévoir une clause de non réinstallation pour que ce médecin ne puisse pas s'installer à proximité et récupérer, à moindre frais, la clientèle.

Un médecin interdit d'exercice par l'Ordre n'est pas autorisé à se faire remplacer car cela aurait pour effet de contourner la sanction disciplinaire prononcée contre lui.

➤ Quelle responsabilité pour le remplaçant ?

Un remplaçant, qu'il soit étudiant en médecine ou médecin, exerce sous sa seule responsabilité, en lieu et place du médecin remplacé. Il est donc seul responsable à l'égard des malades et des tiers, des conséquences de son exercice professionnel. Il conserve seul la responsabilité de son activité professionnelle pour laquelle il doit s'assurer personnellement et à ses frais. En l'absence d'assurance, le remplaçant serait amené à supporter personnellement l'intégralité de l'indemnisation mise à sa charge, alors que s'il est assuré, c'est son assurance qui prendra en charge, non seulement ses frais de défense, mais surtout l'indemnisation de la victime.

L'obligation d'assurance pour un remplaçant est rappelée par l'article L. 1142-2 du CSP. Au pénal ou devant l'Ordre, un remplaçant peut voir sa responsabilité recherchée, plus particulièrement pour non-assistance à personne en danger, violation du secret professionnel ou encore rédaction d'un certificat de complaisance. Un remplaçant peut même être condamné à réparer le préjudice subi par le médecin qu'il remplace, par exemple, s'il endommage du matériel lui appartenant à la suite d'une manipulation malencontreuse.

L'étudiant en médecine amené à faire des remplacements devra s'inscrire à la Caisse d'Assurance Maladie où il devra signaler chaque remplacement effectué en indiquant les coordonnées du cabinet dans lequel il va exercer. Il devra également demander son immatriculation à l'URSSAF, dans les 8 jours qui suivent le premier remplacement. Il aura à régler les cotisations personnelles d'allocations familiales à l'URSAFF, mais son affiliation au Régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ne prendra effet qu'après 30 jours de remplacement consécutifs ou non.

« UN MÉDECIN INTERDIT D'EXERCICE PAR L'ORDRE N'EST PAS AUTORISÉ À SE FAIRE REMPLACER. »

Sur le plan fiscal, le remplaçant doit percevoir ses honoraires pour le compte du médecin qu'il remplace et doit ainsi les lui remettre dans leur intégralité. Il percevra alors du praticien titulaire du cabinet des rétrocessions d'honoraires à enregistrer en honoraires dans le livre journal à la date de leur réception, en mentionnant l'identité du praticien titulaire. Le médecin remplaçant peut bénéficier d'avantages en nature (nourriture, logement...) qui devront être inscrits en « gains divers » sur l'annexe n° 2035 A de sa déclaration d'impôts. Sous certaines conditions, les médecins remplaçants peuvent bénéficier du régime d'exonération applicable dans les zones franches urbaines et du régime d'exonération des honoraires perçus dans le cadre de la permanence des soins. Les autres dépenses déductibles concernent les frais de véhicule et de déplacement, les frais de repas ou encore la contribution économique territoriale si le médecin remplaçant est imposable, notamment si le nombre de ses actes, la durée des remplacements et l'importance de ses recettes sont suffisants pour caractériser un exercice habituel. Le recours à une Association de Gestion Agréée (AGA) peut se révéler intéressant pour un remplaçant qui ne peut bénéficier des avantages fiscaux spécifiques accordés aux médecins conventionnés.

➤ Les avantages de la collaboration

Si un remplaçant permet d'assurer la continuité des soins en cas d'indisponibilité temporaire d'un médecin, ce mode d'exercice a ses limites. Le remplaçant peut émettre le souhait de s'installer et de développer et fidéliser sa propre clientèle. Il ne souhaitera pas, pour autant, investir dans un cabinet (achat ou location d'un local, embauche d'une secrétaire...) mais plutôt se donner un temps d'observation avant une installation définitive en tant qu'associé.

La **collaboration libérale** va ainsi permettre à un médecin installé de s'adjoindre un confrère de même spécialité, qui bénéficiera de son installation, d'une partie de sa clientèle, tout en se constituant sa propre clientèle. Le collaborateur est obligatoirement un médecin : il ne peut plus s'agir d'un étudiant en médecine, même titulaire d'une licence de remplacement. Le médecin collaborateur devra être inscrit à l'Ordre, cotiser à l'URSSAF, à l'Assurance Maladie et à la CARMF. Il devra adhérer individuellement à la Convention et sera soumis au régime fiscal des Bénéfices Non Commerciaux (BNC). Il est pleinement responsable de ses actes professionnels, l'obligeant à s'assurer personnellement. Un médecin collaborateur libéral qui ne s'assurerait pas en Responsabilité Civile Professionnelle (comme d'ailleurs un remplaçant) s'exposerait à des sanctions tant pénales que disciplinaires. L'article L. 1142-25 du CSP rappelle qu'une amende de 45 000 € peut être infligée, ainsi que l'interdiction d'exercice professionnel en peine complémentaire, indépendamment de sanctions disciplinaires avec le risque d'avoir à assumer, sur ses deniers personnels, des dommages et intérêts.

■ ■ ■ L'originalité du statut de médecin collaborateur tient au fait que ce médecin peut se constituer une clientèle personnelle indépendamment de la clientèle « excédentaire » du médecin titulaire du cabinet. Il pourra compléter sa formation et devra bénéficier d'un accompagnement de la part du médecin titulaire. « Mettre le pied à l'étrier » pour mieux aborder les premiers mois ou années d'installation. Contrairement au remplacement qui est temporaire, la collaboration peut être à durée déterminée ou indéterminée, le médecin collaborateur pouvant même conclure plusieurs contrats de collaboration sous réserve que les périodes d'exercice soient compatibles entre elles. Médecin titulaire et médecin collaborateur devront signer un contrat de collaboration. Comme en matière de remplacement, il existe des modèles de contrat² dont il est possible de s'inspirer mais qui doivent être adaptés à sa propre situation et rédigés par un juriste spécialisé.

Ce contrat doit être écrit et communiqué à l'ordre³ et en cas de litige, il est plus facile de s'appuyer sur un accord écrit que sur un accord verbal. Dans ce contrat, il convient de rappeler que le titulaire et le collaborateur exercent leur activité médicale en toute indépendance et doivent respecter les règles professionnelles issues du code de déontologie et notamment le libre choix du médecin par le patient. La durée de ce contrat peut être indéterminée ou déterminée. Il faut prévoir les jours et heures de consultation du médecin collaborateur, préciser s'il disposera de son propre cabinet de consultation et indiquer les conditions de mise à disposition de l'installation du titulaire (matériel, secrétariat, accès aux dossiers...). Le médecin collaborateur percevra directement ses honoraires auprès de la clientèle. Il pourra se faire remplacer en cas d'absence (autant de dispositions à prévoir dans le contrat au même titre que les conditions et modalités de rupture). La constitution, pour le collaborateur, de sa clientèle personnelle nécessitera de l'identifier.

La désignation du collaborateur libéral comme médecin traitant, au regard de l'Assurance Maladie, permettra cette identification. Pour l'utilisation du cabinet (mise à disposition des locaux, du personnel, du matériel...), le médecin collaborateur sera amené à verser une redevance fixe ou proportionnelle au montant de ses honoraires. Il disposera de ses propres ordonnances et pourra avoir sa plaque professionnelle avec ses horaires et jours de consultation. Si le contrat de collaboration est conclu pour une durée indéterminée et si le contrat n'est pas dénoncé par l'une ou l'autre des parties, cette période de collaboration n'est pas limitée dans le temps. Elle pourra prendre fin si le collaborateur devient associé ou successeur du médecin titulaire. Si le contrat

est dénoncé, se posera alors la question de la réinstallation du collaborateur. Une question à envisager dès la signature du contrat : faut-il l'autoriser ? Faut-il l'interdire ? Faut-il l'aménager ? Autoriser la réinstallation d'un médecin collaborateur à proximité de son cabinet peut présenter un risque sérieux de détournement de clientèle pour le médecin titulaire.

La collaboration libérale présente plusieurs avantages pour le médecin collaborateur :

- faciliter les débuts de son exercice libéral ;
- bénéficier d'une infrastructure existante : locaux, matériel, personnel, mais aussi clientèle et accompagnement ;
- pouvoir développer sa propre clientèle ;
- pas d'engagement financier en dehors d'une contribution pour les frais de fonctionnement (en effet, il n'y a pas de rachat de clientèle ou de versement d'une indemnité d'intégration ni d'achat de parts de société civile immobilière). Pour un médecin déjà installé, la collaboration libérale peut permettre de tester un futur associé, d'organiser progressivement sa cessation d'activité mais aussi d'alléger sa charge de travail et d'attirer plus facilement un jeune médecin par un investissement réduit.

La collaboration libérale peut aussi présenter certains inconvénients. Pour le médecin collaborateur, celui-ci n'a pas le statut d'associé et n'a ainsi aucun droit de regard sur les décisions de fonctionnement du cabinet : il ne peut choisir sa secrétaire, le matériel du cabinet ou encore son aménagement et sa décoration. Son statut reste précaire ou provisoire : en effet, le titulaire peut mettre fin au contrat et le remercier. Pour le médecin titulaire, la collaboration libérale peut aussi présenter certains inconvénients : il peut s'agir d'un investissement important avec un risque de séparation et de concurrence si le médecin collaborateur se réinstalle à proximité. Une mauvaise entente ou une absence de projet à long terme sur une association ou encore une succession, sont des facteurs à prendre en considération. ■

Références

1. *Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2016*, CNOM.
2. Modèles de contrat du CNOM disponibles sur le site www.conseil-national.medecin.fr
3. Article L. 4113-9 du CSP.

« L'ORIGINALITÉ DU STATUT DE MÉDECIN COLLABORATEUR TIENT AU FAIT QUE CE MÉDECIN PEUT SE CONSTITUER UNE CLIENTÈLE PERSONNELLE INDÉPENDAMMENT DE LA CLIENTÈLE "EXCÉDENTAIRE" DU MÉDECIN TITULAIRE DU CABINET. »

Les directives anticipées sont, avec la possibilité d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, un élément essentiel au cœur des dispositions instaurées par la loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.



© DR

Les directives anticipées ou comment parler avant de la fin de vie ?

DR PATRICE BARO, CHU DE GRENOBLE



© DR

complète de la situation, et lorsqu'elles apparaissent manifestement inappropriées ou non conforme à la situation médicale.

L'esprit de la loi est de permettre à toute personne de réfléchir et d'instaurer un dialogue avec son entourage autour de cette question si importante des conditions de sa fin de vie. À ce titre, la relation entre le patient et son médecin joue un rôle important. Le même article L. 1111-11 du CSP dispose que le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées.

Deux décrets d'application de la loi Claeys-Léonetti datés du 3 août 2016 et un arrêté sont venus apporter des

Elles ont en fait été prévues dès 2002, parmi les premières mesures de « démocratie sanitaire » de la loi Kouchner, rompant avec le paternalisme médical, et permettant à toute personne majeure de faire connaître, dans un document écrit, ses souhaits pour le cas où elle ne serait pas en état d'exprimer sa volonté en situation de fin de vie.

Deux situations sont particulièrement concernées : la détérioration intellectuelle progressive due à une maladie dégénérative, ou une altération durable de la conscience résultant d'un accident ou d'une maladie de survenue brutale.

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti, avait précisé formellement les directives anticipées, et avait instauré l'obligation, pour le médecin, d'en tenir compte. Il n'était cependant pas obligé de les appliquer. C'est à présent chose faite : les directives anticipées sont dites « opposables ». L'article L. 1111-11 du Code de Santé Publique (CSP) précise : « *Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement.* ». Deux exceptions sont prévues : l'urgence vitale, le temps de procéder à une évaluation

« LES DIRECTIVES ANTICIPÉES S'IMPOSENT AU MÉDECIN POUR TOUTE DÉCISION D'INVESTIGATION, D'INTERVENTION OU DE TRAITEMENT. »

précisions importantes. Les directives anticipées peuvent être rédigées sur papier libre, ou selon l'un des [deux modèles](#) proposés par la HAS, comme prévu par l'arrêté du 3 août 2016 (modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave ; modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave). ■ ■ ■

■ ■ ■ Le contenu des directives anticipées est assez large. Elles peuvent porter sur des considérations générales sur les valeurs ou les convictions de la personne, puis se focaliser sur des volontés précises concernant la poursuite, la limitation ou l'arrêt des traitements ou actes médicaux selon la situation. Des exemples sont fournis par la HAS dans son guide pour le grand public publié en octobre 2016.

Une campagne d'information destinée au grand public est également mise en œuvre afin de diffuser une « culture » autour des questions de fin de vie, au sein de laquelle les directives anticipées tiennent une place tout à fait centrale.

« UNE CAMPAGNE D'INFORMATION DESTINÉE AU GRAND PUBLIC EST ÉGALEMENT MISE EN ŒUVRE AFIN DE DIFFUSER UNE "CULTURE" AUTOUR DES QUESTIONS DE FIN DE VIE, AU SEIN DE LAQUELLE LES DIRECTIVES ANTICIPÉES TIENNENT UNE PLACE TOUT À FAIT CENTRALE. »

La conservation des directives anticipées est primordiale, afin qu'elles soient facilement accessibles au médecin, aux proches et particulièrement à la personne de confiance (prévue à l'article L. 1111-6 du CSP). Le témoignage de cette dernière prévaudra en effet sur tout autre, notamment lors de la procédure collégiale à mettre en œuvre par le médecin dès lors qu'il procède à une sédation profonde et continue jusqu'au décès, ou qu'il refuse de mettre en œuvre des directives anticipées qui apparaîtraient inappropriées ou non conformes à la situation.

Il est précisé que les directives anticipées sont un élément du Dossier Médical Partagé

(DMP), ou de tout autre dossier personnel du patient dans un établissement de soin ou à caractère médico-social.

Le dossier médical (quelle qu'en soit la forme) doit faire état, le cas échéant, de la rédaction de directives anticipées, et de leur chemin d'accès si elles ne sont pas confiées directement au médecin. De même, la personne de confiance, si elle a été désignée, doit être mentionnée dans le dossier.

La durée de validité des directives anticipées n'est désormais plus limitée ; elles peuvent être modifiées à tout moment (il est alors recommandé à la personne qui les rédige de prévenir ses proches et son médecin).

Mais, à côté de ces obligations formelles, le rôle du médecin auprès de son patient est aussi et avant tout en cette circonstance, humain. Une tâche noble, même si elle ne manque pas de confronter le praticien, de façon plus ou moins consciente, à la représentation de sa propre finitude.

La campagne de sensibilisation et d'information lancée par le Ministère de la santé en décembre 2016, comporte un volet en direction des professionnels de santé « Mieux accompagner la fin de vie en France », afin de faciliter le dialogue avec les patients et leurs proches : « La fin de vie, en parler avant ». Des fiches pratiques ainsi qu'un kit de communication sont proposés en annexe.

« La rédaction des directives anticipées – et leur reformulation toujours possible – gagne à être nourrie d'un dialogue avec le médecin, et si la personne le souhaite ou l'accepte, avec la famille ou les proches. Des entretiens successifs sont l'occasion de donner des informations de plus en plus précises, notamment sur la maladie et son évolution, les traitements possibles et ce qui peut advenir en cas de non réponse

ou d'effets secondaires. Ces échanges peuvent aussi permettre à la personne qui le souhaiterait l'expression de ses valeurs et de sa conception de l'existence » - Guide HAS - Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie - Octobre 2016.

Il convient de ne pas perdre de vue que la rédaction des directives anticipées n'est en aucune façon obligatoire, et que le but ne saurait être de pousser le maximum de personnes à les rédiger. Un rapport de l'observatoire national de la fin de vie estimait en 2012 que seulement 2 % des Français avaient rédigé des directives anticipées (contre 10 % des Allemands), alors qu'il était observé par ailleurs que « lorsque des directives anticipées existent, les médecins déclarent qu'elles ont été un élément important pour 72 % des décisions médicales en fin de vie ». « Cela pose très clairement la question de la connaissance de la loi et l'appropriation des directives anticipées par les patients mais aussi par les professionnels de santé » remarquait Régis Aubry, président de cet observatoire¹.

Certains estiment que 15 à 20 % des français pourraient, à terme, rédiger des directives anticipées. Quoiqu'il en soit, les professionnels spécialisés dans les soins palliatifs ou l'éthique médicale gardent leur rôle essentiel d'observation et d'analyse, afin de rester force d'information et de proposition sur ces questions de fin de vie. Telle la mission qui a été confiée au nouveau [Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie](#), créé en janvier 2016, dont la présidence a été confiée à Véronique Fournier. ■

Références

1. *Les décisions médicales en fin de vie en France, Populations et sociétés* n° 494, novembre 2012, S. Pennec, A. Monnier, S. Pontone, R. Aubry.

L'assurance des professionnels de santé aux États-Unis

BRIAN ATCHINSON, PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA PIAA (PHYSICIAN INSURERS ASSOCIATION OF AMERICA)



Lire l'interview en anglais

➤ Contexte

• Brian Atchinson

La PIAA est une association internationale des compagnies d'assurance et d'indemnisation au service des médecins, infirmiers et professionnels paramédicaux en pratique avancée, dentistes et chirurgiens stomatologistes. Les organisations membres proposent aussi des services d'assurance aux hôpitaux, cliniques et autres infrastructures. L'organisation compte 68 membres dont 12 situés en dehors des États-Unis. La mission de la PIAA est de servir les assureurs en RCP de professionnels de la santé qui délivrent des prestations de soins médicaux de qualité. Parmi ses nombreux services, la PIAA offre à ses membres une initiation et une formation dans tous les domaines

de la responsabilité médicale, y compris la souscription, la gestion des risques et la sécurité des patients. Les programmes sont principalement organisés en Amérique du Nord, mais une conférence internationale a également lieu tous les trois ans et nous organisons tous les deux ans un atelier pédagogique sur la gestion des risques. J'ai été formé à l'université américaine de Paris. Après avoir pratiqué le droit, j'ai travaillé pour différentes organisations en Europe et au Moyen-Orient avant de retourner aux États-Unis en tant que spécialiste de la réglementation dans le secteur des assurances, dans l'État du Maine où j'ai été confronté pour la première fois à des défis majeurs sur le marché du risque médical. J'ai également occupé le poste

de président de l'association nationale des commissaires aux assurances de 1995 à 1997 avant de revenir au secteur privé les vingt années suivantes. Cela fait désormais un peu plus de cinq ans que je travaille pour la PIAA.

➤ Situation du marché

Le marché nord-américain de l'assurance est très concurrentiel : les tarifs y sont relativement bas. Au cours des huit dernières années, le nombre de plaintes a reculé lentement même si leur niveau de gravité a progressé doucement. De nombreux médecins sont devenus des employés d'hôpitaux, et les compagnies assurant leur couverture enregistrent des pertes de volumes depuis un moment. Un nombre croissant d'hôpitaux ont créé leurs propres compagnies d'assurance, ce qui a renforcé la concurrence. Les coûts des frais de défense restent élevés et ne cessent d'augmenter.

➤ Primes

Les chirurgiens, les obstétriciens et les neurologues se situent tout en haut de l'échelle en termes de primes alors que les dentistes sont en bas de l'échelle. Grâce à une meilleure gestion des risques et des technologies plus performantes, les primes pour les anesthésistes sont revenues à des niveaux intermédiaires mais les médecins généralistes ou les médecins de famille ont vu leurs niveaux de primes progresser lentement, peut-être en raison d'une augmentation des plaintes liées à des problèmes diagnostiques. Ces spécialités ont connu une hausse de ces plaintes au cours des dix dernières années.

➤ Écarts de primes entre les différents États et compagnies d'assurance

Chaque État des États-Unis a ses propres lois, règlements, systèmes judiciaires et environnement, de sorte que les primes varient considérablement en termes de tarifs. La protection pour un obstétricien dans certains États peut être de ■ ■ ■



« UN NOMBRE CROISSANT D'HÔPITAUX ONT CRÉÉ LEURS PROPRES COMPAGNIES D'ASSURANCE, CE QUI A RENFORCÉ LA CONCURRENCE. »

■ ■ ■ seulement 5 000 à 10 000 dollars par an dans le Maine ou le Montana, alors qu'en Floride, elle peut atteindre 300 000 dollars.

La couverture aux États-Unis était historiquement assurée par les grandes compagnies d'assurance jusqu'à il y a environ quarante ans. Mais avec la hausse importante des plaintes, notamment dans le secteur obstétrique, le réseau commercial a cessé de vendre de l'assurance RCP. En conséquence, un grand nombre d'États ont créé des mutuelles d'assurance, encourageant la fondation de la PIAA. Beaucoup de ces compagnies ont augmenté leur chiffre d'affaires avec le temps. Aussi, parce que c'était habituel pour un médecin frontalier de soigner des patients dans deux États, certaines d'entre elles se sont étendues à d'autres États. Certains membres de départ ont pris une dimension régionale, ce qui s'est traduit par une hausse des compagnies d'assurance régionales et nationales. En 2017, 9 membres de la PIAA proposent de la RCP à travers l'ensemble des États-Unis, comme The Doctor's Company, ProAssurance et Medical Protective.

➤ **Risque médical**

Les compagnies adaptent leurs contrats pour couvrir les médecins en fonction de leur statut particulier, et la prime est fonction du risque couvert. Le montant des garanties proposées dans les États où la jurisprudence est favorable au plaignant est souvent compris entre 3 et 5 millions de dollars.

Les compagnies assurent généralement une protection pouvant atteindre 1 million de dollars pour les médecins et cela couvre les actions en lien avec un patient à titre individuel. En d'autres termes, si le résultat d'un traitement ne correspond pas au niveau de prise en charge standard, le paiement pourrait atteindre le niveau maximum et dans la plupart des cas, cela suffirait à couvrir la perte. Ce n'est toutefois pas toujours le cas et cela dépend aussi des circonstances précises. Dans certains cas, les décisions de justice prévoient des indemnités pour préjudices économiques (frais médicaux) et non économiques (moraux) supérieurs

à 1 million de dollars, et dans d'autres cas, les biens propres du médecin peuvent être saisis.

➤ **Nombre et coûts des plaintes**

Le nombre de plaintes a légèrement reculé mais est globalement resté stable aux États-Unis au cours des huit dernières années. Les coûts ont, quant à eux, fortement progressé. Le coût moyen d'une indemnisation au cours des dix dernières années était de 330 000 dollars et les frais de défense par cas sont aujourd'hui de 47 000 dollars. La PIAA met à jour une base de données des plaintes déposées contre les médecins aux États-Unis, dont il ressort que sept plaintes sur dix sont considérées comme non fondées, ne donnant lieu à aucun versement d'indemnités.

La grande disponibilité de la technologie a permis d'identifier les cas d'exposition et de définir des solutions. La gestion des risques est l'un des principes fondamentaux de la PIAA. Au cours des vingt-cinq dernières années, des investissements plus importants ont été réalisés dans le secteur de la sécurité des patients et de la gestion des risques. D'après une étude menée par l'Académie nationale des sciences sur le grand nombre d'erreurs de prescriptions occasionnant des décès et des blessures, il y avait un besoin urgent d'améliorer les prestations des soins médicaux pour renforcer la sécurité des patients. Des changements ont aussi été apportés à la formation des médecins aux États-Unis avec l'importance accrue de la communication avec les autres membres du personnel médical, l'amélioration de la documentation et, depuis quelques années, un meilleur travail d'équipe.

➤ **Limites à l'indemnisation financière**

L'État de Californie prévoit un plafond de 250 000 dollars pour les préjudices non économiques mais pas de limite pour la prise en charge des frais médicaux.

Ce principe est en vigueur depuis presque quarante ans. Près de trente autres États appliquent aussi ce plafond, avec pour certains une limite fixée à 250 000 dollars, mais la plupart reste dans une fourchette comprise entre 500 000 dollars et 1 million de dollars. Seuls certains États définissent des plafonds pour les dommages économiques, et dans quelques États, des fonds gouvernementaux existent pour assurer une prise en charge supplémentaire.

Les dommages punitifs sont souvent non économiques par nature mais sont couverts par des polices d'assurance. Il y a deux ans, un cas a impliqué une grande faculté de médecine américaine. Un médecin avait en effet pris des photographies indécentes des patientes anesthésiées. Aucun procès n'a eu lieu car les compagnies d'assurance ont consulté l'ensemble des parties et un commun accord a été trouvé, avec le versement aux parties affectées de 190 millions de dollars par les assureurs.

➤ **Niveau de tolérance**

La tendance des tribunaux par rapport aux praticiens et aux cas médicaux dépend de chaque juridiction (ville, région, État) et du juge. Par exemple, la législation et les tribunaux donnent généralement raison aux plaignants dans l'Illinois mais au Texas, la constitution fédérale a été récemment amen-

dée pour protéger davantage les médecins. La plupart des États dispose d'un bon équilibre en termes de protections, mais l'État de New York est particulièrement cher pour les médecins qui souhaitent souscrire une assurance de responsabilité professionnelle. Des procédures juridiques permettent aux avocats des médecins de demander un changement de localisation s'il existe un cadre légal correspondant.

➤ **Règles et réglementations concernant les infections associées aux soins**

La responsabilité du médecin est engagée en cas d'infection car ce problème suscite des questions par rapport au niveau de

« AU COURS DES VINGT DERNIÈRES ANNÉES, DES INVESTISSEMENTS IMPORTANTS ONT ÉTÉ RÉALISÉS DANS LE SECTEUR DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DE LA GESTION DES RISQUES. »

prise en charge adapté. Le médecin l'emporte généralement s'il a respecté les principes de prise en charge et soins adaptés mais parfois, le résultat médical reste mauvais. Et dans certaines situations, les résultats peuvent être mauvais malgré un niveau de prise en charge adéquat, mais les situations les plus complexes mettent souvent en jeu l'interprétation.

Au cours des cinq dernières années, de nouvelles exigences ont été définies pour les hôpitaux qui doivent se concentrer davantage sur les résultats. Ils sont désormais évalués en termes de maladies nosocomiales, ils doivent aussi assurer le suivi et améliorer les taux d'infection des patients. Ce même principe s'applique aux réadmissions. Si un patient est à nouveau admis dans un délai de trente jours, un suivi est mis en place et basé sur l'hypothèse que le premier traitement pouvait ne pas être adapté.

Pour ce qui est des infections, certaines personnes sont plus sensibles, mais dans la plupart des cas, on reconnaît que les hôpitaux doivent faire plus. Les premières données disponibles au cours des 4-5 années suivant la mise en œuvre de l'Affordable Care Act (loi fédérale américaine sur les soins de santé) montrent que la tendance est plutôt à la baisse du nombre d'infections et de réadmissions depuis que ces données sont utilisées pour fixer le montant des remboursements.

➤ Données des patients

Les États-Unis ont adopté, en 1996, la loi américaine sur l'assurance-maladie (« Health Insurance Portability and Protection Act ») donnant au patient le droit à la confidentialité en termes de dossiers médicaux. Il y a eu des contentieux dans des affaires de non-respect de ces principes, et malgré les sauvegardes en matière de procédures administratives internes et technologiques, des dossiers médicaux restent malgré tout accidentellement partagés. Le niveau de

confidentialité escompté est désormais supérieur par rapport aux dossiers médicaux des patients, et de nouvelles limites engagent davantage la responsabilité des professionnels médicaux.

Autrefois, il était possible, pour la plupart des professionnels à l'intérieur d'un système de soins, d'accéder aux dossiers médicaux sans se faire repérer, mais à l'heure actuelle, des technologies rendent ces utilisations très complexes.

➤ Importance du rapport des experts

La hausse des frais de litiges s'explique par la tendance à faire appel à des collègues d'experts. La plupart des États exige que les experts soient de la même spécialité.

« LA HAUSSE DES FRAIS DE LITIGES S'EXPLIQUE PAR LA TENDANCE À L'INTERVENTION DE PLUS EN PLUS RÉGULIÈRE D'EXPERTS. LA PLUPART DES ÉTATS EXIGE LA PRÉSENCE FRÉQUENTE D'EXPERTS DANS LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE. »

• MACSF

La principale différence en France est qu'il n'y a qu'un expert mandaté à chaque fois.

• Brian Atchinson

Le juge appréciera la qualité des experts et des juristes, et cet aspect peut s'avérer complexe à gérer. Dans l'État de New York, une expérience est menée avec des tribunaux dédiés aux affaires de santé au sein desquels les juges maîtrisent les problèmes de santé et la terminologie, car c'est assez compliqué pour les juges de rester informés et de bien comprendre la terminologie médicale complexe alors qu'ils n'assistent qu'à une ou deux affaires médicales par an.

➤ Principaux développements et précédents

La tendance est de plus en plus au transfert de responsabilité sur le médecin en chef, mais dans certains cas, seul l'infirmier praticien a été mis en cause, ce qui se traduit au final par une croissance de l'autonomisation des infirmiers libéraux et des autres paramédicaux libéraux. Par ailleurs, la responsabilité du contenu des dossiers médicaux électroniques reste une thématique

importante. Alors que la majeure partie de la couverture d'assurance-maladie est privée aux États-Unis, les patients de plus de 65 ans sont éligibles aux prestations de Medicare et les patients démunis profitent de Medicaid (programme fédéral), ce qui représente parfois au final jusqu'à 50 % des revenus des praticiens. L'usage des dossiers médicaux informatiques peut être valorisé ou pénalisé à hauteur de 2 à 4 % chaque année.

Alors que l'échange technologique des données des patients s'est renforcé, nombre d'entre eux se plaignent de la baisse du niveau de qualité des interactions entre les médecins et les patients. Il existe une inquiétude majeure quant à l'augmentation des cas relatifs à des problèmes de communication.

➤ Indemnisation sans faute professionnelle

Le patient n'a généralement pas le droit aux indemnités, mais dans quelques États, les fonds publics accordent des indemnités pour des blessures, notamment des traumatismes de naissance, même s'il n'existe aucune faute professionnelle, comme en Virginie et en Floride. Toutefois, au cours des dernières années, des propositions ont été faites dans six États qui établiraient un programme fédéral pour que toutes les victimes d'un dommage soient indemnisées par un versement d'argent, ce qui serait catastrophique pour le système.

➤ Influence de la réforme de la protection sociale

Une partie de l'évolution de la pratique médicale a été conditionnée par l'économie car les États-Unis disposent du système de santé le plus cher au monde sur une base par habitant, or les revenus restent moyens pour un pays développé. Cela confirme donc que les coûts doivent être réduits, et des étapes ont déjà été franchies dans ce sens, comme le nombre croissant de médecins devenant des employés d'hôpitaux ainsi que l'utilisation de recommandations. Les craintes sont que cela puisse avoir des impacts sur la qualité générale des soins mais dans les faits, les coûts du système de santé ne peuvent pas être démesurés. Certains médecins apprécient le statut de salarié tout en se rendant ■ ■ ■

■ ■ ■ compte qu'ils vont perdre leur indépendance.

➤ **Organismes de protection sociale**

Chaque État dispose d'un Ordre des médecins. Les plaintes peuvent ainsi donner lieu à une enquête voire au retrait d'une licence dans les cas extrêmes.

➤ **Jurisprudence**

Chaque État gère le droit de la responsabilité civile. Les lois fédérales sont donc peu nombreuses dans ce secteur. Cependant, la PIAA cherche à établir des législations fédérales pour assurer un certain degré d'uniformité et de prévisibilité car l'incohérence est importante. Si un juge applique les règles de procédure et exerce son propre jugement, il y a peu de chances qu'une décision soit renversée. Cela arrive mais seulement en cas de non-respect effectif des règles de procédure.

La jurisprudence joue un rôle très important, mais elle fonctionne par État et les cas jugés au niveau fédéral restent très peu nombreux. Les décisions de la Cour suprême de l'État sont souvent contraignantes mais certains aspects, comme le montant des dommages, sont généralement laissés à la discrétion du jury ou des juges.

➤ **Démographie**

Il existe des secteurs mal desservis aux États-Unis, ce qui signifie qu'il n'y a pas assez de médecins ou d'autres professionnels médicaux agréés dans un certain domaine. Alors que c'est souvent le cas dans les régions rurales, cela peut aussi être vrai dans les grandes villes. La réalité dans la pratique est que dans les zones rurales des États-Unis, il peut s'avérer complexe de trouver une clinique et cela peut aussi être difficile pour une personne âgée résidant dans une grande ville d'en trouver une.

Ainsi, certaines régions isolées comme l'Alaska ou le nord du Maine disposent uniquement d'un infirmier ou d'un technicien des urgences. Parfois, le manque de médecins disponibles est souvent dû aux lois sur la responsabilité civile car certains États ont des lois défavorables aux

médecins. Dans ces États, les jugements se sont révélés être négatifs à leur égard dans les secteurs les plus difficiles de la médecine. Ces mêmes États ont vu une baisse significative des professionnels de santé disponibles. Le Texas, par exemple, a apporté de nombreux changements à ses législations pour rendre son environnement plus hospitalier et accueillant, ce qui a provoqué une arrivée massive de médecins. D'après les estimations, tous les médecins aux États-Unis seront au moins poursuivis une fois au cours de leur carrière, et les neurochirurgiens peuvent passer entre 20 et 25 % de leur carrière sous la menace d'une éventuelle poursuite judiciaire.

« LA PIAA CHERCHE À ÉTABLIR DES LÉGISLATIONS FÉDÉRALES POUR ASSURER UN CERTAIN DEGRÉ D'UNIFORMITÉ. »

➤ **Autres questions**

• **MACSF**

Y a-t-il des questions que vous auriez aimé aborder ?

• **Brian Atchinson**

Oui. Quelles sont, à l'avenir, nos attentes en matière de changements dans la pratique médicale aux États-Unis ? Les lois devraient évoluer. Le nouveau Président et le nouveau Congrès avaient déclaré qu'ils souhaitaient supprimer l'Affordable Care Act (ACA), mais cela ne se produira pas vraiment, toutefois des changements seront apportés sur le plan législatif. Les Républicains se sont montrés très favorables à la réforme des délits civils afin de protéger les entreprises et les professionnels médicaux contre les actions en justice. Cependant, on ne s'attend pas à ce que le nouveau Président change les règles de la responsabilité civile médicale.

• **MACSF**

Les médecins sont-ils satisfaits de leurs organisations professionnelles ?

• **Brian Atchinson**

On a constaté une croissance du nombre d'affiliations des médecins auprès de leurs

sociétés professionnelles et un recul du nombre d'affiliations avec des sociétés médicales. Historiquement, les médecins se regroupaient dans ces types de sociétés médicales mais à l'heure actuelle, ils se réunissent de plus en plus dans leurs groupes de spécialité. L'épuisement professionnel est un problème en pleine expansion mais les nouvelles exigences en termes de dossiers médicaux informatiques ont renforcé cette tendance. La PIAA a organisé des sessions de formation pour accroître la sensibilisation sur ce sujet mais la sécurité des patients peut être compromise si les médecins ne restent pas concentrés sur leurs efforts.

• **MACSF**

Quel est l'avenir de l'assurance de responsabilité médicale aux États-Unis ?

• **Brian Atchinson**

Un nombre croissant de compagnies ont diversifié leur couverture au cours des dix dernières années. Des compagnies n'assurent que les médecins parfois simplement pour s'imposer dans leurs États mais lorsque les marchés sont soumis à une forte concurrence, le nombre de compagnies qui diversifient leur offre progresse et il y a tellement d'entreprises qui assurent de plus en plus d'hôpitaux, de cliniques et autres structures. Le nombre de médecins qui deviennent des salariés d'hôpitaux est en constante croissance et il n'est pas rare que leur couverture soit assurée par la compagnie d'assurance de l'hôpital ou bien par une organisation affiliée. Les membres de la PIAA gagnent donc en créativité et proposent des services uniques, comme la gestion des risques ou des services de traitement des plaintes.

Dans près de trente-cinq États, les infirmiers cliniciens ont une formation complémentaire. Ils peuvent désormais pratiquer en libéral et sont autorisés à rédiger des ordonnances et prescrire des examens. Et nombreuses sont les écoles médicales qui forment aussi des auxiliaires médicaux qui ont de plus en plus de responsabilités dans les soins des patients. ■



Pour vous défendre, nous soignons votre RCP-PJ

16-308 - 05/2016

Depuis plus de 110 ans, MACSF - Le Sou Médical est le référent sur le risque médical.

Votre défense est renforcée par une équipe unique en son genre :

- composée de juristes et de médecins conseils de votre spécialité,
- consultant un comité médical composé d'experts en exercice,
- en vue de vous apporter un soutien à tous niveaux : juridique, professionnel et moral.

Prévenir le risque médical fait également partie de notre engagement à vos côtés pour sécuriser la pratique de votre activité.

3233 Service gratuit
+ prix appel
ou 01 71 14 32 33 - macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**
Le Sou Médical

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Le Sou Médical - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - SIREN n° 784 394 314 - SAM - Entreprises régies par le Code des assurances Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.