

SOMMAIRE



P 2

VIE PROFESSIONNELLE



P 13

VIE PROFESSIONNELLE



P 17

JUIN 2019 / N° 74 / VOLUME 19

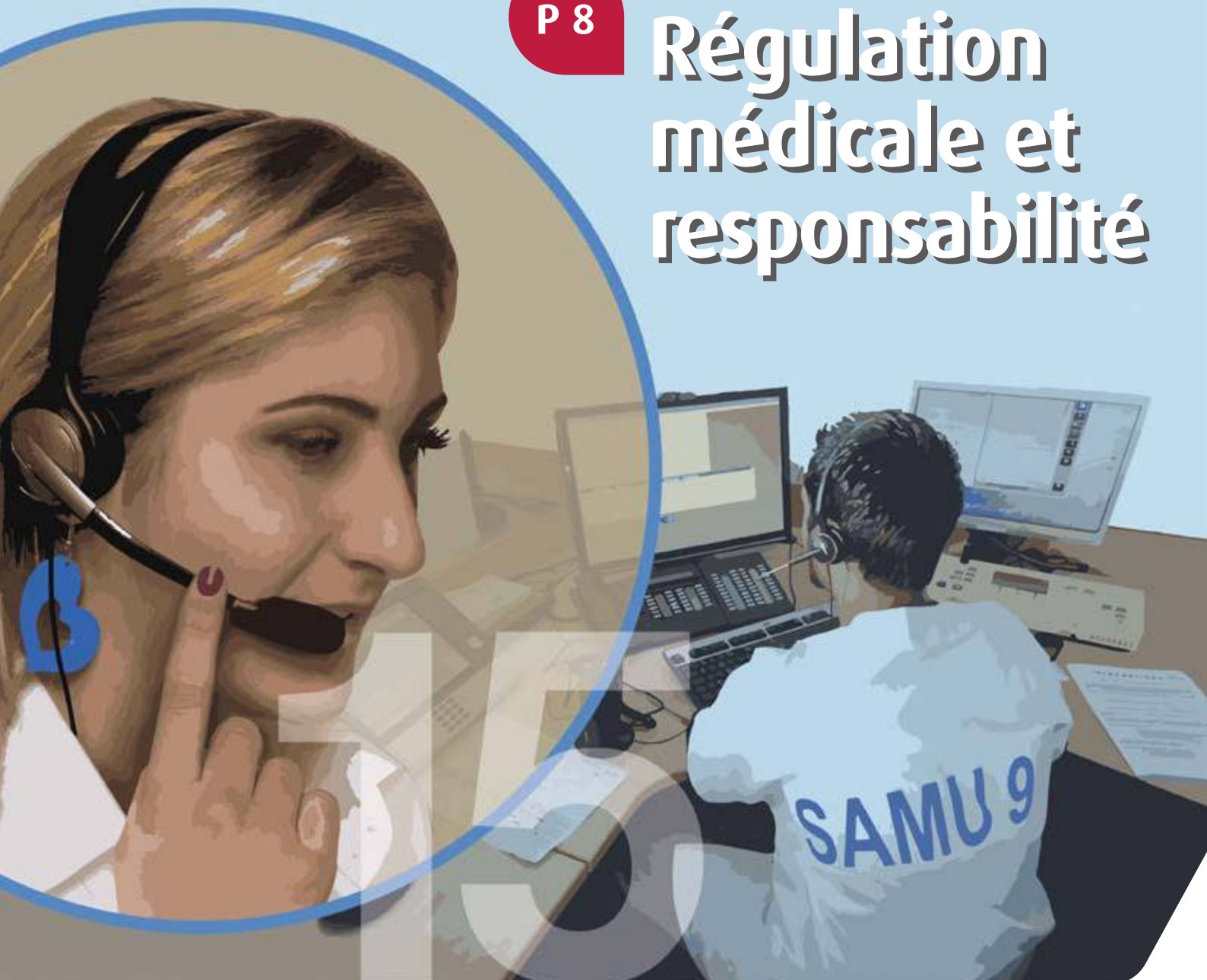
RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

P 8

DOSSIER

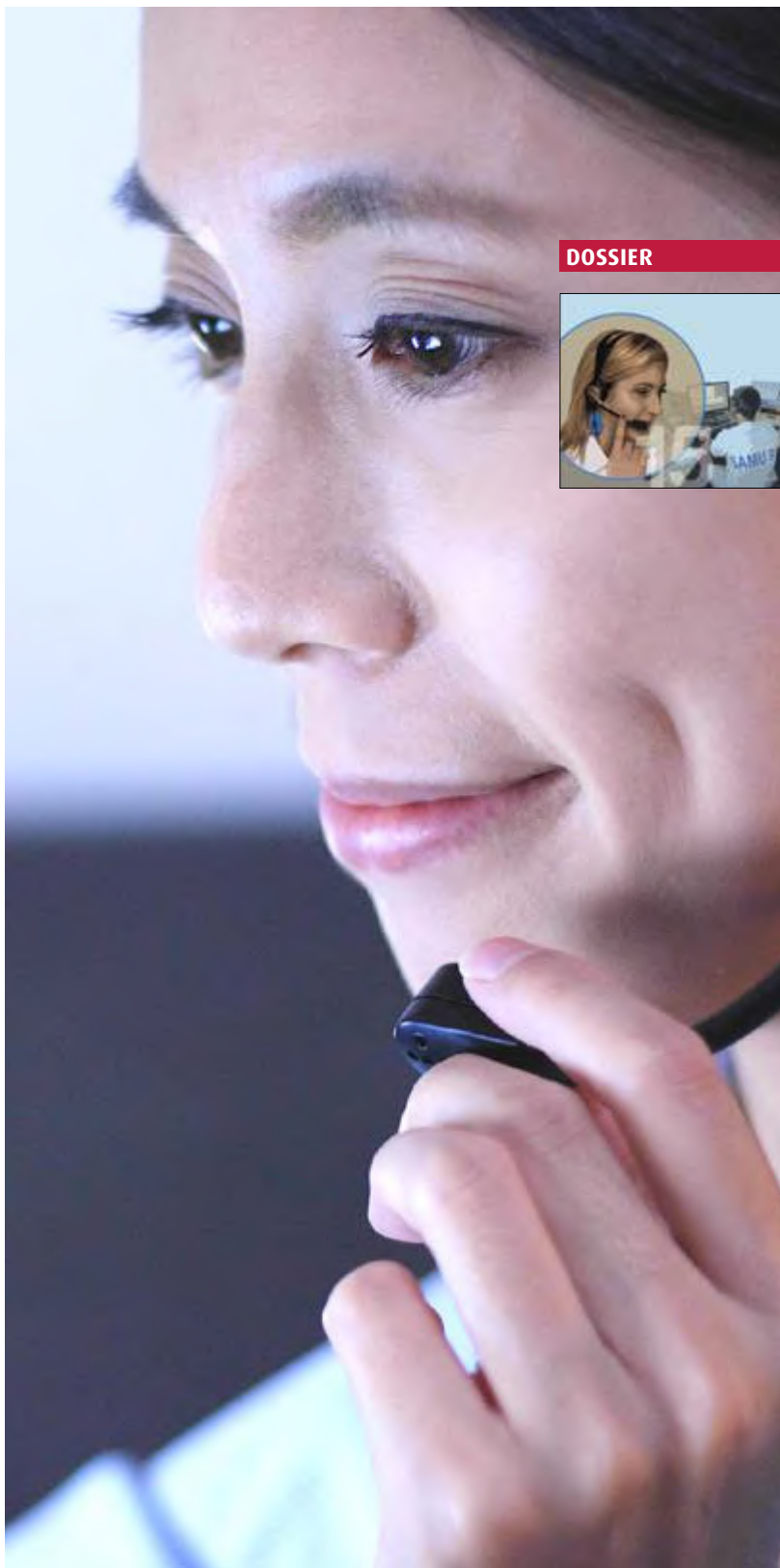
Régulation médicale et responsabilité



MACSF
Le Sou Médical



SOMMAIRE



POINT DE VUE

4/7

Le développement professionnel continu : pour une éthique des pratiques

DOSSIER



8/12

Régulation médicale et responsabilité

VIE PROFESSIONNELLE

13/16

La surveillance du patient sous lithium

17/19

Vers une installation en milieu rural

20

Campagne 1 patient 1 équipe

PROTECTION JURIDIQUE

21

Pas d'honoraires pour un rendez-vous manqué et non annulé

REGARD INTERNATIONAL

22/24

Optimiser le travail et l'accouchement pour la sécurité maternelle et néonatale

25/26

Optimizing labor and delivery for maternal and neonatal safety



→ RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur macsf-exerciceprofessionnel.fr



RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr René Amalberti

Médecin expert gestion des risques, MACSF

Pr Bernard Guiraud-Chaumeil

Ancien membre du collège de la Haute Autorité de santé

Pr Roger Henrion

Membre de l'Académie de médecine

Pierre Joly

Président de la Fondation pour la recherche médicale

Dr Jacques Pouletty

Président d'honneur du Sou Médical

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

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

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 d'honneur du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein

Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille

Président d'honneur de MACSF assurances

Yves-Henri Leleu

Professeur de droit à l'université de Liège

Dr Catherine Letouzey

Médecin interniste

Marguerite Merger-Pélier

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

Pr Paul-Michel Mertès

Professeur d'anesthésie réanimation à l'hôpital universitaire de Strasbourg

Pr Guy Nicolas

Membre de l'Académie de médecine

M^e Catherine Paley-Vincent

Avocat à la Cour

Pr Fabrice Pierre

Professeur de gynécologie-obstétrique, CHU de Poitiers

Pr Claude Piva

Professeur de médecine légale à l'université de Limoges

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

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sandrine Layani

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 : juin 2019
ISSN : 2491-4657

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



CRÉDIT ILLUSTRATION : JIMMY PÉRÉ.



La prise en charge du patient selon les données actualisées de la science médicale est un impératif. L'obsolescence des connaissances est une réalité, soit continue et progressive, soit brutale car liée à une révolution diagnostique, technique ou thérapeutique. La compétence est donc fragile, remise en cause par l'évolution des connaissances, ou par une pratique déficiente. Pour faire face à cette obsolescence, le Code de déontologie (art. R.4127-11 du CSP) dispose que « tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) ».

Le DPC, prévu par l'article L.4021-1 du CSP, est une démarche qui a pour objectif le « maintien et l'actualisation des connaissances, des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques » selon un principe de réflexivité.

Le développement professionnel continu : pour une éthique des pratiques

DOMINIQUE BERTRAND, PROFESSEUR EN SANTÉ PUBLIQUE, UNIVERSITÉ PARIS VII
 DR JEAN-MICHEL KLEIN, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION SCIENTIFIQUE INDÉPENDANTE DE L'ANDPC, PRÉSIDENT DU CNP D'ORL, CMF

« *Le DPC est une démarche qui a pour objectif le "maintien et l'actualisation des connaissances, des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques" selon un principe de réflexivité.* »

➤ Organisation du DPC

• Principes

Le DPC est une obligation pour le praticien qui doit justifier de son accomplissement tous les trois ans. Actuellement se termine la période 2017-2019 ; une nouvelle séquence interviendra entre 2020 et 2022.

• Types d'action de DPC

La HAS a établi des méthodes devant être suivies par le praticien pour accomplir ses obligations de DPC.

On distingue plusieurs catégories d'actions :

- les actions de formation qui ont pour but l'acquisition ou la mise à jour de connaissances. Parmi elles, on retrouve les actions diplômantes (master, DU...), les formations présentielle (congrès, séminaires, séances de simulation),

les formations individuelles (e-learning, revue bibliographique, lectures médicales) ;

- les actions relatives à la pratique médicale avec, d'une part, l'évaluation, l'amélioration des pratiques et, d'autre part, la gestion des risques. On retrouve dans cette catégorie les analyses de cas (revues de morbi-mortalité, groupes

de pairs...), les analyses de pratique (patient traceur...), les analyses d'événements indésirables, le suivi d'indicateurs qualité et de sécurité des soins, ou encore la simulation en santé.

• Les voies de validation du DPC

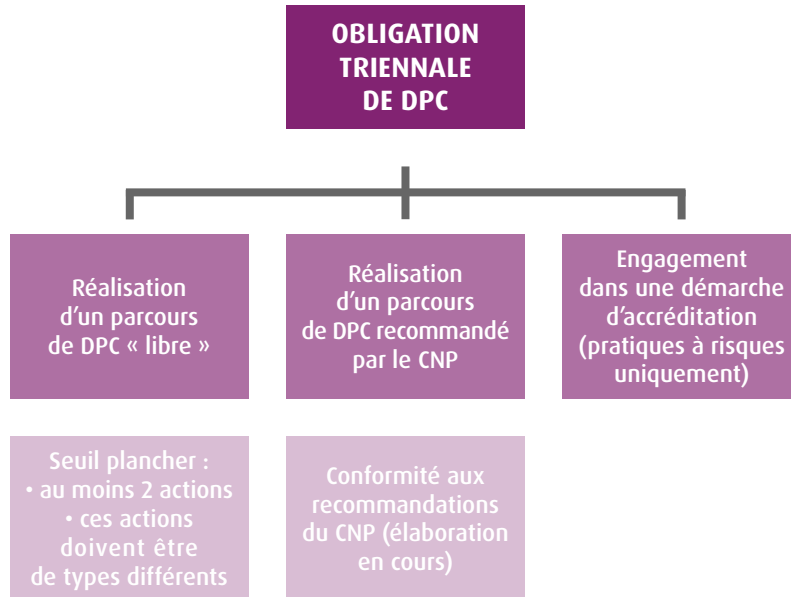
Concrètement, trois voies s'offrent au praticien pour valider son DPC.



© ADOBE STOCK



LES VOIES DE VALIDATION DU DPC



Il peut au choix :

- s'engager dans une démarche d'accréditation (pour les pratiques à risque) ;
- réaliser un parcours « libre » comprenant au moins deux actions de type distinct conformes aux recommandations méthodologiques de la HAS ;
- ou enfin suivre le parcours recommandé et conçu par le Conseil National Professionnel (CNP) de sa spécialité, respectant les orientations prioritaires triennales fixées par le Ministère de la Santé, par les CNP et par le service de santé des armées.

• Définition et missions des CNP

Des Conseils Nationaux Professionnels assurent pour chaque spécialité la représentation des praticiens, indépendamment de leur mode d'exercice.

Les CNP ont pour principales missions :

- de participer à la définition des orientations prioritaires pluriannuelles de DPC (à côté des orientations nationales) ;
- de construire le parcours pluriannuel de DPC de leur spécialité ;
- de proposer un document de traçabilité permettant à chaque professionnel de retracer les actions de DPC réalisées dans le cadre de son obligation triennale ;
- de réfléchir à une éventuelle évolution du dispositif aux côtés de l'Agence

Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC).

• Rôle de l'ANDPC

L'ANDPC est un groupement d'intérêt public créé par convention entre l'État et l'Assurance Maladie. L'agence a pour principales missions :

- d'assurer le pilotage du dispositif de DPC des professionnels de santé (plus large donc que les seuls médecins) quels que soient leur statut ou leurs conditions d'exercice ;
- d'évaluer les organismes et structures qui souhaitent présenter des actions de DPC ;
- de contribuer au financement des actions prioritaires pour les médecins libéraux et salariés des centres de santé. Ces actions, après échantillonnage, sont évaluées par la Commission Scientifique Indépendante (CSI) de l'ANDPC. Le médecin doit, pour être indemnisé, créer un compte sur le site de l'ANDPC et bénéficie alors de 21 heures annuelles de formations financées.

➔ Réflexions autour du dispositif de DPC

• Quel financement ?

Actuellement, seuls les médecins libéraux et salariés dans des centres de santé peuvent participer à des actions de formations indemnisées. Les hospitaliers bénéficient d'autres formes de prise en charge.

Le financement même du DPC est variable et dépend du mode d'exercice. Il est déterminé pour les médecins libéraux dans le cadre d'accords conventionnels avec l'Assurance Maladie ou du Fonds d'Action Formation du Personnel Médical (FAF-PM).

Le FAF-PM a pour mission de gérer des fonds issus de diverses origines, destinés à la formation continue des médecins exerçant à titre libéral. Il est habilité pour mobiliser les fonds de la formation professionnelle continue collectés en début d'année par l'URSSAF. Le FAF-PM est exclusivement réservé aux médecins exerçant à titre libéral ou à leur remplaçant, qui se sont acquittés de la Cotisation pour la Formation Professionnelle (CFP) auprès de leur URSSAF.

Pour les salariés des centres de santé, il est assuré par un prélèvement dédié

« Le financement même du DPC est variable et dépend du mode d'exercice. Il est déterminé pour les médecins libéraux dans le cadre d'accords conventionnels avec l'Assurance Maladie ou du Fonds d'Action Formation du Personnel Médical (FAF-PM). »

sur salaire. Enfin, pour les médecins hospitaliers, un prélèvement destiné à la formation permet de financer le dispositif sur la base de la masse salariale brute hors charge de 0,5 % pour les CHU et de 0,75 % pour les CH.

Les sommes destinées au financement des actions sont variables : près de 3 000 euros par an pour les libéraux, beaucoup moins pour les hospitaliers. Cette différence entre l'hôpital et le libéral provient peut-être de l'organisation plus facile et moins coûteuse d'actions appliquant de la même façon les recommandations de la HAS.



La durée des formations proposées par l'ANDPC est de 21 heures par an pour les libéraux. Les hospitaliers peuvent quant à eux bénéficier de 15 jours de formation par an, prévus dans leur statut.

Pour l'hôpital, la somme globale attribuée au DPC des médecins, pharmaciens, et odontologistes est répartie par une commission dédiée entre les différents praticiens. Cette somme, restreinte, doit être partagée entre tous les médecins faisant une demande de financement d'une action de formation. Un arbitrage est effectué en fonction du coût de l'action, de son intérêt et des crédits disponibles (des formations déjà financées).

Actuellement, tous les médecins, aussi bien en libéral qu'à l'hôpital, participent au DPC sur une période triennale. L'ANDPC indique que le taux de participation augmente chaque année (32 420 en 2018 contre 29 642 inscrits en 2017) sans que l'ensemble des médecins ne participe au dispositif.

• Quel choix de thématiques ?

Les orientations nationales, celles des CNP, permettent déjà un choix assez large d'ac-

« La durée des formations proposées par l'ANDPC est de 21 heures par an pour les libéraux. Les hospitaliers peuvent quant à eux bénéficier de 15 jours de formation par an, prévus dans leur statut. »

tions de DPC. Les orientations proposées par les CNP correspondent à des thématiques ciblées, complémentaires des orientations nationales : l'évolution générale de la spécialité (innovations, progrès techniques), les urgences... de façon assez générale et ne se concentrent que rarement sur la prise en charge d'une pathologie déterminée. Chaque praticien peut ainsi trouver dans le libellé ce qui correspond à son exercice personnel. Peut-on envisager que chaque praticien ait connaissance des principales évolutions de sa spécialité, y compris de celles qui n'entrent pas dans sa pratique actuelle,



© A DOBE STOCK

de façon à ne pas faire perdre de chance au patient ? De plus, les connaissances connexes à son exercice personnel mais n'appartenant pas à sa propre spécialité peuvent être source d'une meilleure prise en charge globale d'une pathologie.

Les actions indemnisées sont actuellement presque toutes mono-professionnelles alors que, dans le même temps, les collaborations sont encouragées par l'État et cela à tous les niveaux : groupements hospitaliers de territoire, communautés pluri-professionnelles territoriales de santé... La collaboration à différents niveaux, où chaque professionnel apporte sa compétence, est nécessaire pour améliorer la prise en charge du patient. Peut-on envisager que le pluri-professionnel thématique soit priorisé pour répondre à ce mouvement de regroupement des professionnels de santé ?

• Vers un élargissement des thématiques de DPC ?

L'objectif est de permettre de valoriser, pour chaque médecin, l'effort fait pour rester performant dans ses activités.

Comme indiqué précédemment, les thématiques actuelles sont proposées par les orientations nationales et celles établies par chaque CNP.

Mais est-on certain que d'autres formes de DPC ne seraient pas susceptibles d'apporter autant dans l'actualisation des connaissances, l'amélioration de son propre exercice et la diminution du risque de mauvaises pratiques ? L'Union Européenne des Médecins Spécialistes propose d'autres pistes de réflexion permettant de valider le DPC :

- la publication de contenus scientifiques et éducatifs ;
- l'évaluation de contenus scientifiques et éducatifs, c'est-à-dire l'analyse de la pertinence du périmètre et des méthodes utilisées ;
- l'apprentissage par l'enseignement, c'est-à-dire une préparation rigoureuse permettant à la fois une compréhension parfaite par les apprenants en leur donnant les concepts éventuels sous-tendus mais aussi la présentation de difficultés exceptionnelles et leur résolution ;



- le tutorat, utilisé notamment en médecine générale, permettant un enrichissement réciproque.

Le futur pourrait comprendre :

- la participation active dans la création d'enseignements ou d'outils éducatifs en ligne ;
- la préparation de directives cliniques et documents de consensus ;
- l'évaluation de projets de recherche, de publications scientifiques ;
- la direction effective de thèse ;
- l'adhésion active à des sociétés savantes ;
- la mise en place d'un contrôle qualité dans une structure de soins ;
- la collaboration avec d'autres professionnels de santé ;
- l'évolution des pratiques par les technologies numériques...

Cet élargissement à d'autres modalités, plus axé enseignement-recherche, doit tenir compte du niveau de participation et être individualisé afin de retranscrire l'investissement réel du praticien. L'amélioration de la qualité des soins s'avère indispensable à un moment où le rapport de Jean-Marc Aubert *Modes de financement et de régulation* envisage des rémunérations à l'épisode de soins, sur des objectifs de qualité nécessitant l'adhésion de professionnels différents autour d'indicateurs qualité pour le suivi du patient.

• Quelle traçabilité ?

L'ANDPC conserve les preuves des actions de DPC indemnisées dans *Mon compte DPC* mais le périmètre de ce recueil ne correspond ni à la totalité des actions indemnisées entreprises par un médecin, ni au médecin hors champ des actions indemnisées, essentiellement les hospitaliers.

Deux problèmes se posent.

Le champ à retenir pour le DPC

Ce sont les CNP qui vont définir les actions composant le DPC indemnisé et le parcours professionnel pluriannuel d'amélioration des pratiques.

Ces actions devront être établies avec une certaine homogénéité d'exigence,

« Seuls les CNP sont en mesure de savoir quelles actions sont utiles à la validation du DPC de sa spécialité. Eux seuls sont également en mesure d'attester de la validité des actions et du parcours accomplis sur demande du professionnel de santé en secteur libéral et en établissement de santé. »

de conception et de validation pour l'ensemble des spécialités, tout en permettant une certaine liberté dans des cas particuliers ou pour des spécialités très hétérogènes. Seuls les CNP sont en mesure de savoir quelles actions sont utiles à la validation du DPC de sa spécialité. Eux seuls sont également en mesure d'attester de la validité des actions et du parcours accomplis sur demande du professionnel de santé en secteur libéral et en établissement de santé.

Chaque médecin doit également effectuer un DPC conforme à son exercice.

Le rôle des CNP est de définir l'ensemble des actions pouvant être retenues dans le cadre actuel, imaginer celles qui pourront l'être dans un avenir proche et qui pourront être inscrites dans le document de traçabilité.

Qui héberge le document de traçabilité final ?

Il est personnel, actualisé par le professionnel de santé, comprenant les preuves des différentes actions définies par les textes réglementaires et les CNP.

L'article L.4021-5 du CSP précise que le document de traçabilité est établi par les CNP et mis à disposition des professionnels de santé, quel que soit leur statut ou leur mode d'exercice sur le site de l'ANDPC. Mais ce n'est pas le cas : seules les formations indemnisées sont

intégrées et seulement pour les libéraux et certains salariés.

Peut-on envisager alors que l'Ordre des médecins propose sur un site de compléter ce qui existe ? Chaque médecin, libéral, salarié ou hospitalier, pourrait alors remplir à titre personnel l'ensemble des éléments attestant de son engagement dans une démarche de DPC, au-delà des actions suivies dans le cadre du parcours financé.

Ainsi conçu, le DPC constitue la pierre angulaire de la formation tout au long de la vie professionnelle ponctuée des points d'étapes de la certification périodique. Il répond aux enjeux d'une politique nationale de santé solidaire, qualitative et humaniste. En stimulant l'évolution des connaissances et des pratiques, il garantira l'équité territoriale de la qualité des soins prodigués aux patients, tout en respectant la spécificité des pratiques de chaque professionnel de santé. En cela, il constitue un enjeu fondamental. ■

TEXTES

- Article L.4021-1 et suivants du Code de la Santé Publique
- Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé
- Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils Nationaux Professionnels des professions de santé
- Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel de santé pour les années 2016-2018
- Arrêté du 28 juillet 2016 portant approbation de la modification de la convention constitutive du groupement d'intérêt public Agence Nationale du Développement Professionnel Continu





Les équipes du Centre 15 sont confrontées au quotidien à diverses problématiques de régulation. Germain Decroix, Juriste et Rédacteur en chef de la revue *Responsabilité*, a rencontré l'équipe du Samu 91 pour répondre à ses questions sous un angle juridique. Quels sont les différents niveaux de responsabilité ? Peut-on transmettre l'enregistrement d'une régulation à un patient ? À quel moment peut-on considérer qu'une régulation est terminée ?...



Régulation médicale et responsabilité

GERMAIN DECROIX, JURISTE, MACSF

➤ Quelles sont les responsabilités de chacun au sein du Samu ?

Tout d'abord, il faut savoir que 90 % des plaintes débouchent sur des procédures de demandes de réparation des dommages subis et seulement 10 % relèvent de la demande de sanction.

Depuis la [loi n° 83-634 du 13 juillet 1983](#), la collectivité publique doit, sauf en cas de [faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions](#), couvrir le fonctionnaire des condamnations civiles prononcées contre lui.

Les fautes intentionnelles, ou détachables de la fonction publique relèvent quant à elles de la responsabilité personnelle de l'agent.

Parmi ces dernières, figure la [non-assistance à personne en péril](#) énoncée dans l'[article 223-6 du Code pénal](#).

« Depuis la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, la collectivité publique doit, sauf en cas de faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, couvrir le fonctionnaire des condamnations civiles prononcées contre lui. »

Un patient pour lequel vous ne provoquez pas un secours peut tout à fait engager une action pour non-assistance à personne en péril, et ce même si la situation n'a finalement généré aucun dommage





pour lui. C'est pourquoi le comportement doit toujours être adapté. Peu importe qu'une autre solution ait finalement été trouvée s'il y avait un caractère de gravité.

Sur le plan de la responsabilité, il est toujours préférable d'envoyer à tort un effecteur lourd plutôt qu'un effecteur insuffisant, voire ne pas provoquer de secours du tout.

Samu 91 Notre responsabilité peut-elle être mise en cause pour l'envoi d'une équipe incomplète (composée d'un médecin, d'un infirmier et d'un ambulancier) ?

Germain DECROIX Les juges, qui ne sont pas spécialisés dans les questions de santé, vont dans un premier temps s'assurer que la réglementation a été respectée.

Le rôle des avocats des différentes parties sera de rappeler aux juges la réglementation inhérente à la profession concernée afin de déterminer si le dommage subi a un lien avec une éventuelle insuffisance de la composition de l'équipe qui est intervenue.

Le rôle de l'assureur sera quant à lui de faire assister son sociétaire par le médecin qui lui paraît le plus compétent afin que les bonnes questions soient posées et que les bons éléments soient pris en compte.

Samu 91 Les juges sont-ils sensibles à la charge réelle de travail ?

Germain DECROIX Il est tout à fait possible de soumettre cet argument à l'appréciation souveraine du juge lorsqu'un pic d'activité affecte le bon déroulement de la mission de régulation. Dans une récente décision (Cour d'appel de Toulouse du 5 mars 2018), les juges ont pris en compte le pic d'activité dans une maternité pour exclure toute responsabilité.

Samu 91 Qu'en est-il de la responsabilité en cas d'erreur de diagnostic ?

Germain DECROIX Il faut pouvoir prouver que tous les moyens nécessaires ont été mis en œuvre, que les bonnes questions ont été posées afin d'éliminer les pathologies qui auraient nécessité l'envoi d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

➤ **Le traitement des appels**

Depuis le début de l'année 2019, le Samu 91 dispose de la téléphonie avancée avec des salles d'attente virtuelles. Les Assistants de Régulation Médicale (ARM) transmettent les appels dans les salles d'attente des médecins régulateurs qui sont déjà en ligne. Un logiciel de régulation permet de faire apparaître un dossier à l'écran comportant différentes informations selon la typologie de l'appel.

Samu 91 Qu'en est-il des appels raccrochés dans la salle d'attente téléphonique d'un médecin régulateur ?

Germain DECROIX

Comme vous le faites déjà, la solution est bien évidemment de tenter de rappeler la personne et de laisser un message sur son répondeur. Avec la technologie actuelle, il est facile de tracer un appel et de prouver que vous avez effectivement tenté de rappeler.

« La solution aux appels raccrochés est de tenter de rappeler la personne et de laisser un message sur son répondeur. Avec la technologie actuelle, il est facile de tracer un appel et de prouver que vous avez effectivement tenté de rappeler. »

Samu 91 Que faire

quand un centre est submergé d'appels et que les équipes ont l'impression de ne plus pouvoir remplir leurs missions ?

Germain DECROIX Le rôle du responsable est d'évaluer le fonctionnement de sa structure et ses besoins.

S'il lui semble nécessaire d'obtenir des moyens supplémentaires afin de pouvoir effectuer la totalité de sa mission, il doit alors alerter l'ARS en produisant des données objectives : flux d'appels, flux de non-raccrochés, flux d'appels perdus... La responsabilité du chef de centre se concentre sur la bonne utilisation des





moyens disponibles et les demandes de moyens supplémentaires selon les besoins qu'il aura évalués.

Samu 91 Si un appel n'est pas décroché en cas de surcharge d'activité, par exemple, qu'en est-il ?

Germain DECROIX La responsabilité en incombera à la personne morale, voire à l'ARS si elle a été destinataire d'une alerte en ce sens et qu'elle n'a pas mis en place les mesures nécessaires.

Samu 91 Que faire lorsqu'un médecin appelle le Centre 15 pour demander une équipe SMUR et que le médecin régulateur considère que l'envoi d'un secours plus léger est suffisant ?

Germain DECROIX Cette décision appartient plutôt au médecin qui a vu le patient et qui dispose du maximum d'éléments.

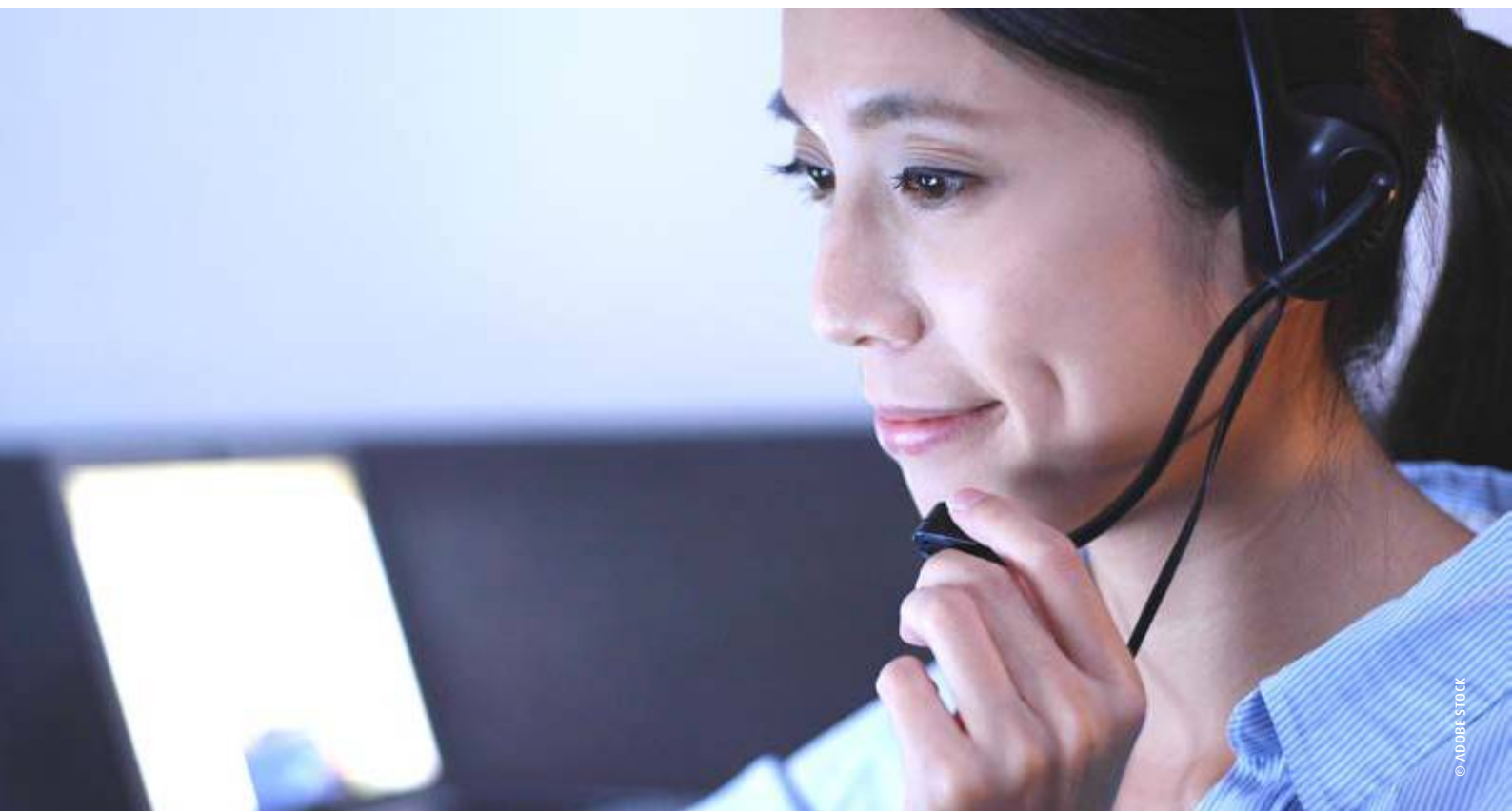
Samu 91 Qu'en est-il de la régulation lorsque nous avons affaire à un intermédiaire ?

Germain DECROIX Lorsque vous avez un proche ou un voisin en ligne, il faut être d'autant plus prudent car le recueil des données est alors plus pauvre et ne permet parfois pas d'éliminer un diagnostic grave. Dans ce cas, il est préférable d'être plus prudent dans le choix de l'effecteur.

Samu 91 Quid des appels de demandes de numéros de médecins ou de pharmacies de garde, ou bien de simples conseils médicaux ?

Germain DECROIX Rien n'empêche l'ARM de communiquer le numéro du médecin, du dentiste ou de la pharmacie de garde.

S'agissant des conseils médicaux, l'ARM doit consulter le médecin régulateur pour qu'un conseil soit délivré.





Cependant, la mission du régulateur n'est pas de soigner mais de réguler et il ne faudrait pas que cela se fasse au détriment des autres appels.

Samu 91 **Quid des personnes qui appellent pour dire qu'un de leurs parents se trouvant à l'étranger ne va pas bien ?**

Germain DECROIX

Quand cela est possible, ce sont vos collègues des sociétés d'assistance qui doivent prendre le relais. Ils ont l'avantage d'avoir un réseau dans le monde entier pour faire délivrer les soins appropriés.

Samu 91 **Peut-on conseiller à un patient de se faire accompagner**

aux urgences par un parent ou un proche lorsque l'on considère que l'appel ne justifie pas l'envoi d'un secours ?

Germain DECROIX

L'envoi d'un effecteur n'est pas une obligation. Si vous estimez qu'une consultation n'est pas urgente et qu'il n'y aura aucun tort pour le patient à ne pas avoir organisé de secours, vous pouvez effectivement le diriger vers son médecin traitant ou vers un service d'urgences hospitalier où il se rendra de préférence accompagné par un proche.

À quel moment peut-on considérer qu'une régulation est terminée ?

Cette question a été abordée lors d'une célèbre affaire jugée en 1995, qui a déclenché l'inquiétude chez les régulateurs.

Il s'agit d'un dossier dans lequel un régulateur a contacté la secrétaire du médecin de garde pour se rendre auprès d'un patient. Sans urgence immédiate, la secrétaire confirme que le docteur passera dans la matinée. Cependant, ne voyant pas les secours arriver, l'épouse du patient rappelle le 15. Le régulateur contacte alors la secrétaire du médecin pour connaître le délai d'intervention mais le médecin arrive finalement trop tard et le patient décédera peu de temps après son arrivée aux urgences du centre hospitalier (volvulus gastrique perforé).

Le régulateur a été pénalement condamné au motif qu'il ne s'était pas enquis du bilan de l'effecteur. La responsabilité du régulateur et celle du Centre 15 peuvent donc être recherchées du fait de l'absence de recherche de la réalisation de l'intervention de l'effecteur.

« Dans une affaire jugée en 1995, un régulateur a été pénalement condamné au motif qu'il ne s'était pas enquis du bilan de l'effecteur. La responsabilité du régulateur et celle du Centre 15 peuvent donc être recherchées du fait de l'absence de recherche de la réalisation de l'intervention de l'effecteur. »

La régulation est donc aboutie lorsqu'il a été confirmé au régulateur que l'effecteur est bien intervenu. Ce dernier étant bien évidemment seul responsable des actes et décisions qu'il a prises sur place ainsi que du contenu du bilan qu'il a adressé.

Un service d'urgences peut-il refuser un patient que le Samu lui adresse ?

Si le service d'urgences contacté fait partie du service public, il ne pourra pas refuser un patient. Une clinique peut cependant refuser un patient qui se présente spontanément dans sa structure si elle ne comporte pas de Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU). Néanmoins, elle devra correctement orienter le patient.

De quels moyens disposent les plaignants pour se défendre ?

Le plaignant a la possibilité d'engager une procédure pour faire une demande en réparation et/ou une demande de sanction. Il dispose d'un délai de 10 ans à compter de la consolidation de son dommage pour mettre en place une procédure indemnitaire.

Au pénal, la prescription est de 6 ans à compter de la commission de l'infraction, avec un report possible si la victime était mineure au moment des faits.

Elle peut prendre un avocat ou demander à son assureur de Protection Juridique de l'assister dans ses démarches. Elle a également la possibilité de faire appel à une association de victimes.

Si, à la suite d'un acte thérapeutique, de prévention ou de diagnostic (donc hors chirurgie esthétique),





un patient est victime d'un accident médical aux conséquences graves, il a la possibilité de faire appel à la [Commission de Conciliation et d'Indemnisation \(CCI\)](#), créée en 2002 par la loi Kouchner.

Il s'agit d'une procédure amiable, très encadrée, lors de laquelle un expert est nommé pour établir si le dommage relève d'une faute, d'un aléa thérapeutique ou d'une évolution médicale normale de la pathologie.

• La faute

Si l'expert établit qu'il y a faute du professionnel de santé, c'est l'assureur de celui-ci qui devra intervenir. Pour le régulateur, son statut de collaborateur du service public permettra d'orienter la demande indemnitaire vers l'hôpital.

• L'aléa thérapeutique

S'il s'agit d'un aléa thérapeutique aux conséquences graves, aucune responsabilité ne peut être retenue et c'est un fonds de solidarité (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux[ONIAM]) qui prendra en charge le dossier.

• L'évolution médicale normale de la pathologie

Dans ce cas, le plaignant ne disposera d'aucune indemnisation.

➤ La transmission des enregistrements de régulation

L'écoute *a posteriori* des enregistrements est souvent défavorable au régulateur. C'est pourquoi il est important d'avoir une réelle démarche scientifique

« Il est important d'avoir une réelle démarche scientifique derrière chaque appel. Tout comme pour un examen clinique, il faut établir une procédure dans le déroulé de l'appel. »

derrière chaque appel. Tout comme pour un examen clinique, il faut établir une procédure dans le déroulé de l'appel.

Au Samu 91, dans la procédure d'accès à un enregistrement, il est proposé une première audition de la

bande avec le patient afin de pouvoir répondre à ses questions.

Samu 91 Peut-on adresser une simple retranscription de l'enregistrement au patient qui en demande la transmission ?

Germain DECROIX Dans un premier temps, il est tout à fait possible d'adresser une retranscription. Cependant, si l'enregistrement lui-même est réclamé, il faudra alors le communiquer.

Samu 91 Est-il légal de diffuser un enregistrement de régulation sur les réseaux sociaux ?

Germain DECROIX La diffusion des enregistrements est interdite car il s'agit d'une atteinte à la personne puisque nous sommes dans le cadre d'une conversation privée.

Il est donc important de préciser lors de la communication de l'enregistrement que, hors du cadre de la saisie judiciaire, aucune diffusion n'est possible.

Samu 91 Un patient peut-il demander la communication d'un échange entre deux médecins sur son dossier ?

Germain DECROIX Depuis la loi Kouchner, les échanges entre médecins ne sont plus couverts par le secret de la correspondance et le patient peut faire jouer son droit d'accès à son dossier, et demander la copie des courriers, des mails...

Samu 91 Que peut-on transmettre à un ayant-droit qui réclame le dossier médical d'un patient décédé ?

Germain DECROIX [L'accès de l'ayant-droit aux données de santé du défunt est limité.](#)

Il ne pourra faire valoir ce droit que dans trois situations :

- connaître la cause de la mort ;
- nécessité de préserver la mémoire du défunt ;
- faire valoir ses droits auprès de structures telles que les compagnies d'assurances.

Dans ce cadre, il ne pourra pas avoir accès à la totalité du dossier médical du défunt mais aux seuls éléments relatifs à l'objet de sa demande. ■



Les sels de lithium constituent actuellement le traitement de référence des troubles bipolaires. Le lithium fait l'objet de règles pour une utilisation sans danger dans la prévention des rechutes dépressives et maniaques au long cours¹. Ces règles permettent de prévenir et prendre en charge les toxicités aiguës et chroniques qui peuvent mettre en jeu la responsabilité du médecin. Rappel des précautions d'emploi afin de prévenir les accidents et les toxicités.

La surveillance du patient sous lithium

DR XAVIER LAQUEILLE, CHEF DU SERVICE D'ADDICTOLOGIE DU CH SAINTE-ANNE, RESPONSABLE D'ENSEIGNEMENT UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
DR CHLOÉ LUCET, SERVICE D'ADDICTOLOGIE DU DR LAQUEILLE - CH SAINTE-ANNE, CHARGÉE DE COURS
DR OUSSAMA KEBIR, SERVICE D'ADDICTOLOGIE DU DR LAQUEILLE - CH SAINTE-ANNE, CHARGÉ DE COURS



© ADOBE STOCK

➤ Historique et indications

• Historique

Les propriétés anti-maniaques du lithium ont été mises en évidence en 1949 par l'australien John Cade. Cependant, l'absence de toute surveillance plasmatique empêche son utilisation au vu de la léthalité des doses utilisées à l'époque. C'est grâce aux travaux du danois Mogens Schou dans les années 60 que ce traitement a été pleinement réhabilité plus tard. La lithémie plasmatique apporta une information précieuse sur l'efficacité et la sécurité

d'emploi. La faible marge entre effets thérapeutiques et toxicité du lithium impose le contrôle de la lithémie plasmatique, qui reste à ce jour le principal paramètre de surveillance d'un traitement par lithium.

• Indications

Le lithium constitue le traitement de référence dans le traitement des troubles bipolaires. L'efficacité du lithium a été fortement documentée et apparaît évidente chez les patients souffrant de trouble

bipolaire de type 1 (épisodes maniaques et épisodes dépressifs)². Ses indications comportent le traitement de la manie aiguë et la prévention des récurrences

« LA FAIBLE MARGE ENTRE EFFETS THÉRAPEUTIQUES ET TOXICITÉ DU LITHIUM IMPOSE LE CONTRÔLE DE LA LITHÉMIE PLASMATIQUE, QUI RESTE À CE JOUR LE PRINCIPAL PARAMÈTRE DE SURVEILLANCE D'UN TRAITEMENT PAR LITHIUM. »



bipolaires. Outre son effet thymorégulateur, il possède un effet anti-suicide, anti-impulsif et anti-agressif³.

Les mécanismes biologiques de l'efficacité du lithium ne sont pas bien connus. Ils feraient intervenir les phénomènes d'excitation et de survie neuronale ainsi que l'expression de gènes impliqués dans la neuroplasticité et la chronobiologie.

➤ La toxicité aiguë

La toxicité du lithium apparaît à des lithémies supérieures à 1,2 mmol/l. La sévérité de l'intoxication dépend de la valeur de la lithémie et de la durée d'exposition à des lithémies très élevées⁴.

L'atteinte neurologique est au premier plan et se manifeste par ordre croissant de gravité par les signes suivants :

- tremor,
- apathie,
- somnolence,
- dysarthrie,
- ataxie,
- nystagmus,
- mouvements choréiformes,
- hyperréflexie,
- myoclonies,
- état confusionnel,
- convulsions,
- coma.

Au niveau rénal, la toxicité aiguë du lithium peut également se manifester par une polyurie (perte du pouvoir de concentration des urines) et par une insuffisance rénale aiguë (nécrose tubulaire aiguë).

Les signes digestifs, sous forme de nausées, vomissements, douleurs abdominales et diarrhées, sont précoces.

L'atteinte cardiaque se manifeste par des anomalies ECG sous forme de sous-décalages du segment ST, inversions de l'onde T et plus rarement par des troubles de la conduction.

Ce tableau est une urgence médicale et motive la demande d'une lithémie plasmatique au moindre signe d'appel digestif ou neurologique.

L'intoxication au lithium, rarement fatale (1 % de décès), nécessite une réanimation intensive et peut entraîner des séquelles neurologiques (atteinte cérébelleuse), troubles cognitifs et atteinte rénale.

➤ Les complications du traitement au long cours

Les surdosages chroniques, ou aigus sur traitement chronique, sont les plus graves et souvent prolongés (imprégnation tissulaire). La sévérité peut être légère, moyenne ou sévère en fonction de la lithémie pratiquée 12 heures après la dernière prise (voir le tableau 1). Les signes cliniques de surdosage peuvent être présents avec une lithémie sérique peu élevée, d'où l'intérêt du dosage du lithium intra-érythrocytaire avec un rapport lithémie érythrocytaire/sérique à 0,40, meilleur reflet de la gravité de l'intoxication.

Au niveau rénal, il existe une **compétition entre lithium et sodium lors de la réabsorption au niveau du tubule proximal** qui explique que de grandes variations

dans l'élimination du sodium perturbent la lithémie. Lors d'un régime désodé ou lors d'une perte accrue de Na⁺ (diurétiques, déshydratation, vomissements, diarrhée), une augmentation de la réabsorption

de lithium est observée, entraînant une augmentation de la lithémie qui peut être à l'origine d'une intoxication aiguë qui peut être grave et létale.

Sous un traitement par lithium au long cours, une méta-analyse⁵ retrouve que le débit de la filtration glomérulaire se réduit (de 6,22 ml/mn en moyenne) et la capacité à concentrer les urines baisse significativement de 15 %. Le risque de survenue d'une insuffisance rénale

terminale est faiblement augmenté (0,5 % des patients nécessitant une dialyse ou une transplantation rénale). La prévalence de l'hypothyroïdie est augmentée par 6 avec une élévation moyenne de la TSH de 4 U/ml. La calcémie est augmentée (de 0,09 mmol/l en moyenne) ainsi que le taux de la parathormone (de 7,32 pg/ml en moyenne). Enfin, le risque d'une prise pondérale est augmenté par 2.

• Surveillance clinique

Poids ; troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) ; sédation ; goitre thyroïdien ; hypothyroïdie ; sensation de soif ; polyurie ; manifestations cutanées.

• Surveillance biologique (une ou deux fois par an)

Numération sanguine ; ionogramme sanguin ; calcémie, glycémie ; créatinine, urée plasmatique, protéinurie, bilan thyroïdien et parathormone.

• Surveillance des interactions médicamenteuses (augmentation de la lithémie)

Anti-inflammatoires non stéroïdiens, carbamazépine, diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes de l'angiotensine II et antipsychotiques (majoration de la neurotoxicité).

➤ La conduite du traitement

La prescription de sels de lithium (Téralithe 250®, Téralithe LP 400®, Neurolithium®) nécessite un bilan pré-thérapeutique comprenant :

- un contrôle de la fonction rénale (dosage plasmatique de la créatinine, de l'urée, protéinurie, clairance de la créatinine) ;
- un ECG à la recherche d'une anomalie cardiaque. Toute anomalie du tracé doit conduire à un avis d'un cardiologue. Le lithium est à éviter en cas d'altération de la fonction ventriculaire ;
- un contrôle du bilan thyroïdien, une calcémie et un dosage de la parathormone ;
- une glycémie à jeun, un ionogramme sanguin et une numération sanguine doivent être prescrits avant l'initiation du traitement.

Chez la femme en âge de procréer, on doit s'assurer qu'elle n'est pas enceinte

« LORS D'UN RÉGIME DÉSODÉ OU LORS D'UNE PERTE ACCRUE DE NA⁺ UNE AUGMENTATION DE LA RÉABSORPTION DU LITHIUM EST OBSERVÉE, ENTRAÎNANT UNE AUGMENTATION DE LA LITHÉMIE QUI PEUT ÊTRE À L'ORIGINE D'UNE INTOXICATION AIGUË QUI PEUT ÊTRE GRAVE ET LÉTALE. »



et instaurer une contraception efficace avant la mise sous traitement lorsqu'aucun moyen n'était utilisé.

La surveillance d'un traitement par lithium au long cours concerne à la fois la toxicité et l'efficacité. La dose journalière doit être ajustée individuellement en fonction des concentrations sériques obtenues et de l'évolution clinique. La lithémie sérique est très importante à déterminer sur des prélèvements 12 h (+ ou - une 1/2 h) exactement après la dernière prise. Il existe une relation dose-effet avec le lithium.

« LA SURVEILLANCE D'UN TRAITEMENT PAR LITHIUM AU LONG COURS CONCERNE À LA FOIS LA TOXICITÉ ET L'EFFICACITÉ. LA DOSE JOURNALIÈRE DOIT ÊTRE AJUSTÉE INDIVIDUELLEMENT EN FONCTION DES CONCENTRATIONS SÉRIQUES OBTENUES ET DE L'ÉVOLUTION CLINIQUE. »

• **Épisode maniaque aigu**

La dose doit être choisie pour atteindre une lithémie de l'ordre de 0,6 à 0,8 mmol/l pour la forme standard et de 0,8 à 1,2 mmol/l pour la forme retard (LP).

• **Traitement au long cours et prévention**

La dose d'entretien doit être choisie pour atteindre une lithémie sérique de l'ordre de 0,5 à 0,8 mmol/l.

• **Utilisation concomitante d'antidépresseurs**

Le dosage doit être adapté individuellement. Certaines études cliniques ont montré que la lithémie efficace dans le traitement des dépressions résistantes se situe dans une fourchette de 0,5 à 0,8 mmol/l.

• **Toxicité**

La toxicité chronique du lithium se manifeste entre 1,2 et 2,0 mmol/l et des concentrations supérieures à 2,5 mmol/l peuvent être fatales.

Pour une même lithémie sérique, le taux de lithium dans les neurones peut varier selon les individus. Cette variation de distribution peut expliquer l'apparition d'effets secondaires malgré une lithémie faible. La lithémie intra-érythrocytaire (ou intra-globulaire) représente un témoin indirect de la lithémie intra-neuronale. Son dosage et le calcul du rapport lithémie érythrocytaire/sérique (entre 0,3 et 0,4) permettent d'évaluer cette variabilité de distribution et d'optimiser la dose journalière.

Les principaux effets indésirables possibles ainsi que les recommandations pour les gérer sont résumés dans le tableau 2.

➤ **Évaluation de l'efficacité**

L'efficacité thymorégulatrice du lithium s'évalue sur une période de 1 à 2 ans. Il s'agit de vérifier si le lithium a permis une diminution de la fréquence et de l'intensité des épisodes thymiques. Le traitement par lithium doit être poursuivi, même s'il y a une rechute, sur une période de 12 à 24 mois afin de se donner suffisamment de recul pour l'évaluation de son efficacité. À l'issue de cette période, une évaluation soigneuse de la réponse, même partielle doit être faite : la persistance de fluctuations thymiques, surtout les premiers mois est fréquente et ne doit pas conduire systématiquement à l'arrêt du traitement. Une réponse partielle fera discuter l'adjonction d'un deuxième régulateur d'humeur ou un changement de molécule⁶.

« LE PATIENT DOIT RECEVOIR UNE INFORMATION COMPLÈTE SUR L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT ET SES EFFETS SECONDAIRES. IL EST FORTEMENT RECOMMANDÉ DE CONSIGNER LE SUIVI DES POSOLOGIES ET DES LITHÉMIES DANS UN CARNET SPÉCIFIQUE QUI LUI SERA REMIS. »

➤ **L'information du patient**

Les patients doivent recevoir une information complète sur l'efficacité du traitement, ses effets secondaires, les interactions médicamenteuses, la nécessité d'un apport sodé stable et le risque d'arrêt intempestif (avec risque de rebond d'une éventuelle symptomatologie maniaque), les signes d'une intoxication aiguë et la conduite à tenir dans cette situation. Il est fortement recommandé que le suivi des posologies et des lithémies de contrôle soit consigné dans un carnet spécifique de suivi remis au patient.

➤ **Conclusion**

Le lithium est un traitement efficace et occupe une place importante dans l'arsenal thérapeutique en psychiatrie. Sa toxicité est bien connue et facilement identifiable cliniquement et biologiquement. La qualité de l'information du malade concernant le traitement par lithium est la meilleure garantie de l'innocuité de celui-ci. Le médecin doit donc prendre le temps d'expliquer en détail le traitement, d'énoncer les principales règles et même de vérifier leur bonne compréhension. ■

NOTES

1. LÖÖ H., OLIE J.P., GAY C., *Le déprimé et son lithium*, Masson, 1989.
2. BOWDEN C.L., "Acute and maintenance treatment with mood stabilizers", *International Journal of Neuropsychopharmacology* - 2003 Sep;6(3):269-75
3. BALDESSARINI R.J., TONDO L., DAVIS P., POMPILI M., GOODWIN F.K., HENNEN J., "Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review", *Bipolar Disord* - 2006 Oct;8(5 Pt 2):625-39.
4. BAIRD-GUNNING J., LEA-HENRY T., HOEGBERG L.C.G., GOSSELIN S., ROBERTS D.M., "Lithium Poisoning", *Journal of Intensive Care Medicine* - 2017 May;32(4):249-263.
5. MCKNIGHT R.F., ADIDA M., BUDGE K., STOCKTON S., GOODWIN G.M., GEDDES J.R., "Lithium toxicity profile: a systematic and review and meta-analysis", *Lancet* - 2012 Feb 25;379(9817):721-8.
6. GOURION D., «Thymorégulateurs» dans le *Manuel de psychiatrie* de GUELFI J.D. et ROUILLON F., Elsevier Masson, 2017 (3^{ème} édition).



1. CLASSIFICATION DE SÉVÉRITÉ DE L'INTOXICATION CHRONIQUE AU LITHIUM (HANSEN & AMIDSEN)

LITHÉMIE (12 HEURES)	GRADE	SIGNES CLINIQUES
1,5 - 2,5 mmol/l	1 (légère)	Nausées, vomissements, tremor, hyperréflexie, agitation, ataxie, faiblesse musculaire
2,5 - 3,5 mmol/l	2 (moyenne)	Stupeur, rigidité, hypertonie, hypotension
> 3,5 mmol/l	3 (sévère)	Coma, convulsions, myoclonies, collapsus

2. EFFETS SECONDAIRES DU LITHIUM*

NEUROLOGIQUES	Tremblements au début du traitement, le plus souvent transitoires, voire syndrome extrapyramidal en cas de surdosage. > Correction en diminuant le dosage, en proposant une forme retard (LP) ou un traitement bétabloquant non cardio-sélectif. Possibles atteintes cérébelleuses : vertiges, dysarthrie, incoordination motrice.
DIGESTIFS	Nausées, vomissements, diarrhées. > Fréquents au début du traitement mais devant faire évoquer un surdosage.
NÉPHROLOGIQUES	- Syndrome polyuropolydipsique (diabète insipide néphrogénique) qui doit faire éliminer une potomanie et une hypocalcémie (elle-même pouvant être induite par le lithium). > Diminuer voire arrêter le lithium. Ne jamais prescrire de restriction hydrique car risque de déshydratation intracellulaire avec hypernatrémie. Tenter de diminuer ce syndrome par l'utilisation de la forme retard (LP) en une seule prise le soir. - Modifications rénales au long cours à type de lésions glomérulaires minimes, néphrite interstitielle, insuffisance rénale.
PSYCHIQUES	- Léthargie, obnubilation, sédation. - Troubles cognitifs, affectifs et émotionnels.
ENDOCRINOLOGIQUES	- Troubles thyroïdiens : ils concernent 5 à 35 % des sujets (contrôle annuel de la TSH indispensable). Le lithium inhibe l'absorption par la glande de l'iode et la libération de T3 et T4. > L'hypothyroïdie induite n'est pas une indication d'arrêt du lithium, mais elle doit toujours être substituée par opothérapie. Il faut éliminer les anomalies transitoires qui surviennent durant les 6 premiers mois de traitement et confirmer l'hypothyroïdie biologique par un second dosage. - Prise de poids (fréquente, souvent modérée, mais qui doit faire éliminer une hypothyroïdie ou un diabète insipide néphrogénique). - Hyperparathyroïdie. - Diminution de la libido.
DERMATOLOGIQUES	Acné, dermite séborrhéique, psoriasis et alopecie.
CARDIAQUES	Troubles de la repolarisation, trouble du rythme, bloc auriculoventriculaire.
TÉRATOGENÉCITÉ	Durant le premier trimestre de la grossesse.

* D. Gourion. Thymorégulateurs. In Manuel de psychiatrie de J.D. Guelfi et F. Rouillon. 3^{ème} édition. Elsevier Masson (2017).



La médecine rurale serait-elle devenue attrayante ? À l'encontre de beaucoup d'idées reçues, certains jeunes médecins décident de s'installer de leur plein gré dans des zones identifiées « déserts médicaux ». Qu'est-ce qui motive leur choix ? Quelles sont leur vision du métier et leurs attentes ?

Nous avons interrogé Elodie Rousson, originaire du Puy-en-Velay. Après avoir passé son BAC S en 2008 dans un lycée agricole, elle a intégré la Faculté de Clermont-Ferrand. Arrivée au terme de ses études de médecine, cette jeune interne nous explique pourquoi elle a fait le choix d'une installation en milieu rural.

Vers une installation en milieu rural

ÉLODIE ROUSSON, INTERNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

➤ À quel moment avez-vous fait le choix d'une installation en milieu rural ?

Dès ma seconde année d'études (P2), j'ai fait le choix de me diriger vers la médecine générale.

Puis, de par mes origines, la médecine rurale s'est présentée à moi comme une évidence. J'ai l'image du médecin de famille qui traite autant les bébés que les grands-parents et c'est ce qui me correspond vraiment.

➤ Dans quelle région avez-vous décidé de vous installer ?

J'ai prévu de m'installer début 2020, après avoir passé ma thèse, dans une commune d'environ 1 500 habitants, hameaux compris. Située à 30 km du Puy-en-Velay, elle comprend un EHPAD et une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Un petit hôpital local avec un service médecine d'environ 25 lits se trouve à une vingtaine de kilomètres.

➤ Quel type de structure avez-vous choisi d'intégrer ?

J'ai choisi d'intégrer une maison médicale composée de trois cabinets de médecins, de deux cabinets d'infirmières, d'un cabinet de kinésithérapeute et d'un cabinet de dentiste.

Je rejoindrai donc deux médecins dont un jeune qui vient de s'installer et le second qui prendra sa retraite d'ici trois ans.

➤ Auriez-vous pu envisager une installation seule ?

Non. Je pense qu'il est important d'avoir au moins un confrère avec qui partager les connaissances et échanger sur les cas des patients ; cela permet de ne pas me sentir isolée. De plus, il y a l'aspect non négligeable du partage des gardes ou des congés.

➤ L'EHPAD qui se trouve dans votre ville a-t-elle un médecin salarié ?

Il n'y a pas de médecin salarié ; c'est l'un des deux praticiens de la maison médicale qui en est le médecin coordonnateur et les autres médecins interviennent auprès de leurs propres patients au sein de l'EHPAD.

La MAS, quant à elle, propose un contrat soit par le biais d'un salariat soit par forfait en libéral. Actuellement c'est un médecin qui n'est pas dans cette commune qui est salarié au sein de la structure.

➤ Où avez-vous effectué vos stages dans le cadre de vos études ?

Comme je savais que je souhaitais me diriger vers la médecine générale en milieu rural, j'ai fait un premier stage en tant qu'externe dans le Puy-de-Dôme, ce qui m'a énormément plu.

J'ai ensuite réalisé mon stage de 1^{er} niveau dans le Cantal,

à trois quarts d'heure du premier hôpital.

Et puis j'ai réalisé mon Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS), avec du libéral, de l'hôpital, un tiers temps SAMU, pour être un peu plus formée à l'urgence et enfin un tiers temps optionnel chez les pompiers. Nous sommes à plus d'une demi-heure d'un centre hospitalier et cela m'a paru important.

➤ Des stages en EHPAD étaient-ils prévus dans votre cursus ?

Nous avons des stages en gériatrie hospitalière mais pas en EHPAD. Lorsque j'étais interne, j'ai eu néanmoins l'occasion d'accompagner les médecins qui intervenaient en EHPAD,

« IL EST IMPORTANT D'AVOIR AU MOINS UN CONFRÈRE AVEC QUI PARTAGER LES CONNAISSANCES ET ÉCHANGER SUR LES CAS DES PATIENTS ; CELA PERMET DE NE PAS ME SENTIR ISOLÉE. DE PLUS, IL Y A L'ASPECT NON NÉGLIGEABLE DU PARTAGE DES GARDES OU DES CONGÉS. »



lors de mes stages, mais ce n'était pas organisé de manière obligatoire.

➤ **Dans la réforme des études, il est question d'imposer un stage en milieu rural à tous les internes en médecine générale. Qu'en pensez-vous ?**

À mon sens, il est inutile d'imposer six mois de stage en milieu rural à un interne qui sait qu'il exercera en milieu urbain.

Par contre, ce qui pourrait être intéressant serait d'intégrer des stages d'externes en milieu rural. Sur les quatre ans d'externat, nous n'avons bénéficié que d'un stage de deux mois en médecine générale, ce qui me semble insuffisant.

➤ **Avez-vous signé un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ?**

J'ai signé un CESP en 3^{ème} année de médecine et je ne le regrette pas du tout. J'ai décidé de profiter de ce dispositif car il correspondait tout à fait à mon projet.

➤ **Pensez-vous que les mesures d'incitation financière constituent la solution pour permettre les installations en milieu rural ?**

Certaines zones bénéficient d'aides importantes pouvant aller jusqu'à 50 000 euros. Je suis moi-même à 20 km de l'une de ces zones mais j'ai des attaches dans la commune où je vais m'installer donc j'ai privilégié cet attachement à l'aide financière dont je ne vais donc pas bénéficier. D'autres internes, qui n'auraient pas d'attache, peuvent être intéressés par ce type de mesure pour faciliter leur installation.

Néanmoins, les incitations financières ne constituent pas, à mon sens, un élément déterminant si l'on ne souhaite pas exercer à la campagne.

« CE QUI ME PLAÎT C'EST DE POUVOIR SOIGNER AUTANT LA GRAND-MÈRE QUE LE PETIT-FILS, DE CONNAÎTRE LES LIENS DE PARENTÉ, DE SAVOIR QUEL EST LE CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL. LE MÉDECIN DE VILLE, LUI, N'EST PAS TOUJOURS LE MÉDECIN DE FAMILLE. »

➤ **Dans votre entourage avez-vous des condisciples qui ont fait le choix de s'installer en milieu rural ?**

Pas parmi mes amis, qui ont fait le choix de commencer par des remplacements en ville.

Mais je trouve que, depuis quelques années, nous sommes de plus en plus nombreux à trouver la médecine rurale plus attrayante que la médecine de ville. Je connais des internes qui ne sont pas du tout de la région et qui ont fait le choix d'une installation en milieu rural.

Nous ne rencontrons pas les mêmes pathologies, ni la même patientèle à la campagne. On doit souvent se débrouiller seul puisque nous ne disposons que d'un petit service de médecine où adresser les patients. Il y a certes plus de responsabilités mais cela est très intéressant et motivant.

➤ **Selon vous, qu'est-ce qui pourrait constituer un frein au choix de la médecine rurale ?**

Selon moi, la quantité de travail, et donc les horaires, peuvent être un des freins. En milieu rural, on finit rarement ses journées avant 20 h 30/ 21 h et lorsque

l'on a une vie de famille avec des enfants, cela peut être très compliqué.

De plus, on peut ne pas se sentir à l'aise avec une médecine qui n'a pas un accès direct et rapide à tous les examens complémentaires habituels. Cela peut ne pas être rassurant.

➤ **L'adaptation en milieu rural n'est-elle pas compliquée en termes d'accueil de la patientèle et de services publics plus éloignés ?**

Je pense que les patients en milieu rural sont plus attachés à leur médecin qu'en ville. Il y a encore beaucoup de respect et de gratitude. Les patients y sont en général très accueillants. Seuls quelques-uns sont plus exigeants et ne comprennent pas toujours que nous ne travaillons plus comme les médecins de l'ancienne génération, que nous ne pouvons pas être de garde chaque jour ou qu'on ne puisse pas nous appeler sur nos portables... Cependant, cela rentre petit à petit dans les mœurs.

En ce qui concerne les services publics, dans ma commune il y a une école primaire, un collège, une supérette, un bureau de poste. Pour les loisirs, à 30 km de là je peux me rendre au cinéma, au théâtre, à des expositions...

➤ **En quoi pensez-vous que la qualité de la relation avec les patients est différente en milieu rural ?**

Ce qui me plaît c'est de pouvoir soigner autant la grand-mère que le petit-fils, de connaître les liens de parenté, de savoir quel est le contexte familial et social. Le médecin de ville, lui, n'est pas toujours le médecin de famille. Il n'a pas accès à toutes ces informations qui, pour moi, constituent pourtant la base de la médecine générale.



➤ **Loin des centres universitaires, comment comptez-vous organiser votre formation continue ? Pensez-vous que des modules e-learning pourraient être une solution intéressante ?**

Il existe des associations Formation Médicale Continue (FMC) qui dispensent une fois par mois, voire tous les deux mois, des formations au Puy-en-Velay, à demi-heure de route.

Les modules e-learning peuvent effectivement être une option pour parer à ce problème d'éloignement des formations hospitalo-universitaires. Par exemple, le dernier congrès de médecins généralistes pour la région Haute-Loire s'est tenu

dans le Cantal, à environ 130 km du Puy-en-Velay, ce qui fait un peu loin.

➤ **La maison médicale dans laquelle vous exercerez sera-t-elle ouverte aux stagiaires ?**

Tout à fait ! C'est un sujet que nous avons d'ores-et-déjà abordé avec mon plus jeune confrère. Cependant, pour pouvoir être maître de stage, deux ou trois ans d'exercice après l'installation sont nécessaires. ■

Propos recueillis par MACSF - Le Sou Médical.

PRÉSENTATION DU SARHA, SYNDICAT AUVERGNAT REPRÉSENTANT LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

À Clermont-Ferrand, les Internes prennent leur installation en mains !

Pour répondre à toutes les questions inhérentes à l'installation, les futurs généralistes Clermontois, via leur syndicat représentatif, le SARHA, organisent depuis 2001 leur forum de l'installation. Cette journée, qui célébrait sa 10^{ème} édition le 19 avril dernier, leur permet d'aborder toutes les questions en lien avec leur exercice futur, qui ne sont pas traitées dans leur formation universitaire.

C'est l'occasion d'actionner des leviers pour lever certains freins à l'installation tels que les démarches administratives, les modes d'exercice possibles, la protection sociale, la fiscalité, mais aussi la formation continue.

C'est aussi pour eux l'occasion de rencontrer les interlocuteurs qui seront incontournables dans l'accompagnement de leurs projets. L'Ordre des Médecins, l'Agence Régionale de Santé, l'Assurance Maladie, le Département de Médecine Générale, mais aussi les partenaires assurantiels tels que la MACSF ou encore les structures représentatives des jeunes et futurs généralistes (l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale [ISNAR-IMG] et le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants [ReAGJIR]) participent activement à la réussite de cette journée en animant les différents ateliers. Cette journée met en avant leur accessibilité et leur permet de pouvoir répondre directement aux questionnements des futurs professionnels. C'est aussi pour ces derniers l'occasion de se constituer le carnet d'adresses indispensables pour l'accomplissement de leur projet professionnel.

Enfin, la présence et le dynamisme des collectivités territoriales permet de provoquer des rencontres avec ceux qui peuvent les accompagner dans la réalisation de leur projet, au sein même de leur territoire.

ENQUÊTE SUR LES DÉTERMINANTS À L'INSTALLATION

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a initié une *Enquête sur les déterminants à l'installation* afin d'accompagner au mieux les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires.

Au terme de cette enquête, nous constatons :

- un profond décalage entre l'aspiration à s'installer et sa concrétisation,
- le territoire et la proximité familiale sont des déterminants majeurs à l'installation,
- une attente sur les conditions d'exercice, en lien avec les autres professionnels de santé,
- des aides financières estimées importantes, mais pas déterminantes,
- des pistes claires pour faciliter l'installation des jeunes médecins.

Les résultats de cette enquête confirment en tous points le témoignage recueilli auprès d'Elodie Rousson.



La commission Santé du Médecin Anesthésiste-Réanimateur au Travail (SMART) du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR) a initié la nouvelle campagne *1 patient 1 équipe* dans le but de prévenir et gérer les conflits et améliorer la cohésion d'équipe sur les plateaux techniques. Pour accompagner les différents professionnels de santé dans cette démarche, des outils sont mis à disposition en téléchargement sur le site du CFAR.

Campagne *1 patient 1 équipe*

DR SÉGOLÈNE ARZALIER-DARET, PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION SMART, COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS (CFAR)
DR PAUL-MICHEL MERTÈS, PRÉSIDENT DU COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS (CFAR)



[Cliquez ici pour télécharger le dossier](#)

Les plateaux techniques (blocs opératoires, réanimations, urgences, plateaux interventionnels, services d'imagerie et salles de naissance) constituent un environnement complexe et fermé au sein duquel interviennent de nombreuses catégories professionnelles autour de la prise en charge d'un(e) patient(e). Dans cet environnement à forte pression, les situations conflictuelles sont une réalité vécue par la majorité des soignants du fait de multiples facteurs (stress, fatigue, différences d'informations, de valeurs, d'expérience, de rôles, d'intérêts ou d'objectifs) et impactent la qualité du travail. Ainsi, plus de 9 soignants sur 10 ont déjà vécu une situation de conflit au travail, 60 % comme victimes, 30 % comme auteurs de violences verbales. Or, la grande majorité des professionnels se sent démunie face à ces conflits (résultats de l'enquête SMART-CFAR 2018, disponible [ici](#)).

Ce constat alarmant de la dégradation des relations de travail a conduit la commission SMART du CFAR à initier une campagne de sensibilisation auprès de l'ensemble

des professionnels de santé travaillant au sein des plateaux techniques. Cette campagne concerne tous les secteurs d'activité : public, privé et d'intérêt collectif. Elle s'adresse aux équipes pluri-professionnelles en incluant les jeunes en formation : anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, radiologues, gastro-entérologues, gynéco-obstétriciens, cardiologues, réanimateurs, urgentistes, perfusionnistes, sages-femmes, infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers, manipulateurs radio, aides-soignants, brancardiers, agents d'entretien. Elle ne s'arrête pas aux portes des plateaux techniques mais se prolonge dans les services de soin avec lesquels ils sont en relation. Elle s'adresse aux managers via la réflexion sur les organisations et les leviers qui pourront être mobilisés dans la recherche de mesures correctrices lors des analyses.

Cette campagne a vocation à prévenir les conflits dits « aigus » au sein des équipes, tels que les incivilités, les violences verbales voire physiques, et à proposer des outils pour aider à leur gestion et leur analyse. Les outils proposés sont des outils élaborés par la commission SMART du CFAR en lien avec les partenaires ou des outils déjà existants. En effet, les conflits doivent la plupart du temps n'être vus que comme des symptômes d'un système en souffrance ou comme une incompréhension des problématiques de spécialités différentes amenées à travailler ensemble. Les soignants n'ont pas toujours l'opportunité de réfléchir en équipe aux déterminants de ces situations à la base desquelles sont souvent retrouvées des causes organisationnelles ou de communication.

Parmi les outils proposés, se trouvent entre autres des visuels à diffuser au sein de l'équipe, une charte du savoir-être à signer par l'ensemble de l'équipe, le rappel du cadre juridique, des fiches de réaction immédiate en cas de violences verbales, une aide à l'expression d'un désaccord, une grille REACT d'analyse collective des situations conflictuelles, ou encore des outils visant à améliorer la cohésion d'équipe.

Cette initiative réunit aujourd'hui plus de 40 partenaires institutionnels. Dans leurs propres médias, au travers des réseaux sociaux ou par la prise d'initiatives locales, tous se sont engagés à la diffusion du message portant des valeurs de coopération, de communication et d'esprit d'équipe à travers les visuels et les outils, dont le [téléchargement gratuit](#) est mis à disposition par le CFAR.

« LES SITUATIONS CONFLICTUELLES SONT UNE RÉALITÉ VÉCUE PAR LA MAJORITÉ DES SOIGNANTS DU FAIT DE MULTIPLES FACTEURS ET IMPACTENT LA QUALITÉ DU TRAVAIL. »

Nous appartenons à une même équipe autour d'un objectif commun : le patient. La campagne *1 patient 1 équipe* rappelle que l'entente cordiale, le sourire, le respect et la maîtrise de soi au quotidien participent à la qualité des soins, à la reconnaissance de la valeur professionnelle et au bien-être au travail. Nous avons tout intérêt à jouer collectif sur le terrain de la santé. ■



La tentation peut exister pour un professionnel de santé libéral de sanctionner financièrement un patient qui ne se présenterait pas à un rendez-vous sans même prévenir ou s'excuser de ce contretemps. Mais en a-t-il le droit ?

Pas d'honoraires pour un rendez-vous manqué et non annulé

NICOLAS LOUBRY, JURISTE MACSF

➤ Des honoraires déterminés en tenant compte des actes réellement effectués

Selon l'article L 1111-3-4 du Code de la santé publique, les professionnels de santé conventionnés ne peuvent facturer que les frais correspondant à la prestation de soins assurée et ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins.

La tentation peut exister pour un professionnel de santé libéral de sanctionner financièrement un patient qui ne se présenterait pas à un rendez-vous sans même le prévenir ou s'excuser de ce contretemps. À plus forte raison si l'intéressé est coutumier du fait et désorganise la journée de consultations du praticien.

Des consignes doivent être régulièrement rappelées aux malades pour qu'ils prévoient ou anticipent leur indisponibilité. La pratique de plus en plus fréquente de l'envoi d'un SMS rappelant le rendez-vous en est un bon exemple. Si la plupart d'entre eux respectent ces règles élémentaires, certains peuvent avoir des comportements désinvoltes qu'ils n'auraient pas avec d'autres personnes.

Cela ne donne pas pour autant le droit à ces professionnels de santé de réclamer une compensation financière. Pour prendre l'exemple des médecins, l'article R 4127-53 du Code de la santé publique rappelle que les honoraires du médecin doivent être déterminés, notamment en tenant compte des actes dispensés et ils ne peuvent ainsi être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. Et l'article R 4127-29 de préciser que « toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits ».

➤ Possible refus de soins

En présence d'un patient régulièrement indiscipliné et volontairement méprisant, un praticien peut décider d'interrompre ses soins, hormis toute situation d'urgence et à condition de le prévenir et de lui communiquer les coordonnées d'autres confrères susceptibles de le prendre en charge.

Pour un médecin, l'article R 4127-47 du Code de la santé publique rappelle que « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avvertir*

le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Si les médecins ont pour mission de porter assistance aux personnes malades, ces dernières peuvent changer de praticien, en vertu du principe du libre choix. Un principe qui doit aussi pouvoir s'appliquer, dans certaines circonstances, aux professionnels de santé. ■

« LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS NE PEUVENT FACTURER QUE LES FRAIS CORRESPONDANT À LA PRESTATION DE SOINS ASSURÉE ET NE PEUVENT EXIGER LE PAIEMENT D'UNE PRESTATION QUI NE CORRESPOND PAS DIRECTEMENT À UNE PRESTATION DE SOINS. »



Optimiser le travail et l'accouchement pour la sécurité maternelle et néonatale

LOUIS P. HALAMEK, MD, FAAP, PROFESSEUR À LA DIVISION DE MÉDECINE NÉONATALE ET DU DÉVELOPPEMENT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE STANFORD
HENRY C. LEE, MD, FAAP, PROFESSEUR ASSOCIÉ AU DÉPARTEMENT DE PÉDIATRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE STANFORD



© ADOBE STOCK

➤ La salle de travail du futur

Nous nous sommes inspirés d'études réalisées dans le domaine des facteurs humains et ergonomiques et de l'ingénierie des systèmes pour lancer un projet visant à concevoir la salle de travail du futur : un espace qui réponde non seulement aux besoins des mères et des nouveau-nés en bonne santé, mais qui améliore également la capacité des professionnels de santé à réagir en cas d'urgence.

Notre étude est financée par une subvention de l'agence fédérale, chargée de soutenir la recherche en vue d'améliorer la qualité des soins aux patients ainsi que leur sécurité (Agency for Healthcare Research and

« L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE DE NAISSANCE, QUI DOIT ÊTRE UN ESPACE PRIVÉ ET RÉCONFORTANT, DOIT ÉGALEMENT PERMETTRE À TOUT MOMENT L'ACCÈS AUX RESSOURCES HUMAINES ET TECHNIQUES LORSQUE LA VIE DU NOUVEAU-NÉ OU DE LA MÈRE EST EN JEU. »

➤ « La naissance est un heureux événement... »

La naissance d'un enfant devrait être un moment de grande joie pour tous les parents. Un travail considérable a été mené pour faire de la salle d'accouchement un environnement qui offre le plus de réconfort et d'intimité possible pour la mère, son partenaire et le nouveau-né. Généralement, les mères et leurs bébés sont en bonne santé mais il arrive que ce ne soit pas le cas.

Chaque néonatalogiste est conscient que la naissance d'un nouveau-né prématuré, ou d'un bébé né à terme gravement

malade, a des impacts autant pour l'enfant que ses parents et sa famille au sens général. Nos collègues en obstétrique, en médecine maternelle et fœtale, en anesthésie et en soins infirmiers participent à cette prise de conscience car les patientes peuvent aussi subir des conséquences indésirables de leur état.

L'environnement de la salle de naissance, qui doit être un espace privé et réconfortant, doit également permettre à tout moment l'accès aux ressources humaines et techniques lorsque la vie du nouveau-né ou de la mère est en jeu.

Quality). Ce financement nous a permis de constituer une équipe pluridisciplinaire de professionnels aux compétences variées. Notre groupe de travail est composé, sans toutefois s'y limiter, de médecins, d'infirmières, de spécialistes en design industriel, d'architectes et de sociologues. Ensemble, nous examinons tous les aspects de l'accouchement, et ce de tous les points de vue, y compris celui des patientes.

Le processus que nous avons entrepris depuis le début est relativement simple. Nous commençons par décrire les tâches à effectuer pour faciliter une naissance sans danger. Ensuite, nous développons



la liste des ressources humaines et des moyens requis pour mener à bien cette tâche.

Nous avons procédé à l'étude approfondie de l'état actuel des pratiques en matière de maïeutique en effectuant des visites de sites dans plusieurs hôpitaux de Californie. Il s'est avéré que différents aspects de la prise en charge des mères et de leurs nouveau-nés ont montré des défaillances. Ceci, malgré les actions visant à améliorer l'expérience du patient ainsi que la qualité des soins afin qu'ils soient sûrs, efficaces et efficaces en toutes circonstances.

Nous élaborons des prototypes d'environnement ou d'équipements au fur et à mesure de nos réflexions et les testons dans notre centre de simulation dédié à l'obstétrique et à la pédiatrie : the Center for Advanced Pediatric and Perinatal Education (CAPE).

CAPE reproduit la salle d'accouchement avec beaucoup de réalisme, comprenant l'équipement médical, les fournitures, les patientes et les professionnels de santé nécessaires pour simuler efficacement le travail : l'accouchement par voie naturelle, la césarienne, ainsi que la réanimation et la stabilisation néonatales.

Le centre de simulation est équipé de nombreuses caméras *pan-tilt* (panoramiques, inclinables et télécommandées) haute définition ainsi que de microphones sensibles à gain réglable. Ces équipements nous permettent de réaliser un enregistrement audiovisuel de l'interaction des professionnels de santé avec les patientes, les appareils et tous les autres aspects du travail et de l'accouchement. Cet enregistrement, associé à d'autres sources de données, peut ensuite être utilisé pour ajouter des améliorations au prototype. Ce processus favorise la conception de nouveaux produits (que nous cherchons actuellement à protéger par brevet) ainsi que

de nouveaux espaces, comprenant une salle d'accouchement, une salle de césarienne et une salle de prise en charge néonatale.

➤ De la conception à la simulation

À l'issue d'intenses débats, d'un processus de conception itératif, suivis d'une simulation réaliste, nous pouvons identifier et résoudre en amont les petites défaillances avant qu'elles ne causent de grandes complications. Nous croyons que notre souci constant de la sécurité des patients tout au long de ce processus aboutira à des concepts novateurs et à de nouvelles technologies qui amélioreront considérablement les performances humaines et techniques.

En examinant le processus de la naissance sous de nombreux points de vue, nous espérons atteindre notre objectif : concevoir un environnement non seulement réconfortant pour les familles, mais également propice à une performance optimale des praticiens et des équipements, en particulier dans les situations d'urgence.

Bien que notre processus soit simple, cela ne signifie pas pour autant qu'il soit élémentaire. Nos nombreuses années d'expérience en maïeutique sont certes bénéfiques à bien des égards. Cependant, nos modes de pensée sont conditionnés par une pratique dans des structures conçues pour certaines il y a plus de trois décennies et maintenant inadaptées à une prestation de soins conformes aux exigences actuelles. Ce n'est qu'en faisant preuve de vigilance, en nous écoutant les uns les autres et en étant prêts à remettre en question ces modes de pensée que nous pourrions concevoir un dispositif véritablement novateur.

« NOUS AVONS CONSTITUÉ UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE PROFESSIONNELS AUX COMPÉTENCES VARIÉES. ENSEMBLE, NOUS EXAMINONS TOUS LES ASPECTS DE L'ACCOUCHEMENT. »

« NOTRE OBJECTIF : CONCEVOIR UN ENVIRONNEMENT NON SEULEMENT RÉCONFORTANT POUR LES FAMILLES, MAIS ÉGALEMENT PROPICE À UNE PERFORMANCE OPTIMALE DES PRATICIENS ET DES ÉQUIPEMENTS, EN PARTICULIER DANS LES SITUATIONS D'URGENCE. »

L'une des difficultés de cette réflexion est de concevoir un environnement qui réponde tant aux besoins des mères qui accouchent sans problème qu'aux situations d'accouchements compliqués nécessitant des soins à la mère et/ou à l'enfant. Par exemple, prévoir une zone dédiée à l'équipe de réanimation néonatale, permettant la prise en charge d'un nouveau-né en détresse.

En effet, dans de nombreux hôpitaux, le travail des femmes et leur accouchement se font dans la même pièce. Lorsque le bébé naît en bonne santé et qu'il peut être confié à sa mère au moment de la délivrance, aucun espace supplémentaire n'est alors nécessaire pour répondre à ses besoins puisqu'ils sont, pour la plupart, satisfaits par la mère. Par contre, si l'état d'un nouveau-né nécessite une réanimation, il faut davantage d'espace pour l'équipe médicale, le matériel et les équipements afin d'assurer la survie de l'enfant.

Lors des réanimations néonatales les plus complexes, le nouveau-né a besoin de voies respiratoires artificielles (intubation), de compressions thoraciques, d'un accès intravasculaire (canulation de la veine ombilicale, pose d'aiguilles intra-osseuses) et de l'administration de médicaments vasoactifs et de remplissage. La réalisation de ces interventions en urgence nécessite généralement au moins cinq professionnels

de santé dédiés au nouveau-né, en plus de ceux qui dispensent des soins à la mère. Notre étude, portant sur différentes unités (y compris la nôtre), a mis en lumière de nombreux cas pour lesquels l'attention portée aux soins de néonatalogie lors de la conception des salles de naissance a été insuffisante.

➤ Les attendus de l'étude

Les résultats que nous comptons atteindre d'ici la fin de cette étude sont les suivants :

- une base de données ergonomiques sur la façon dont l'être humain interagit



« SI L'ÉTAT D'UN NOUVEAU-NÉ NÉCESSITE UNE RÉANIMATION, IL FAUT DAVANTAGE D'ESPACE POUR L'ÉQUIPE MÉDICALE, LE MATÉRIEL ET LES ÉQUIPEMENTS AFIN D'ASSURER LA SURVIE DE L'ENFANT. »

dans une salle d'accouchement typique avec les différentes structures maternelles et dispositifs médicaux ;

- une liste d'approches novatrices d'analyses factuelles, conçue à l'aide de simulations hautement réalistes, qui réponde non seulement aux besoins des patientes, mais facilite également l'optimisation des performances des professionnels de santé en charge de ces patientes ;

- des idées pour améliorer le fonctionnement et l'intégration de différents sous-systèmes dans une unité de naissance moderne ;
- de nouveaux dispositifs médicaux ;
- des plans architecturaux et des modèles pour une salle d'accouchement naturel, d'accouchement par césarienne et de prise en charge du nouveau-né.

Quel sera le résultat final de cette démarche ? Nous espérons que ce travail aboutira à la création d'environnements et d'infrastructures techniques dotés de dispositifs médicaux permettant aux professionnels de santé de dispenser des soins plus sûrs, plus efficaces et plus performants, tout en répondant aux besoins physiques et psychologiques des mères et des nouveau-nés. ■

AVERTISSEMENT

Ce projet a été financé par la subvention n° P30HS023506 de l'Agence pour la recherche en santé et la qualité. Le contenu n'engage que la responsabilité des auteurs et ne représente pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence pour la recherche en santé et la qualité.

PLUS D'INFORMATIONS

- Visiter le [site de l'université de Stanford](#)
- Contacter [Louis P. Halamek](#)



© ADOBE STOCK



Optimizing labor and delivery for maternal and neonatal safety

LOUIS P. HALAMEK, MD, FAAP, PROFESSOR, DIVISION OF NEONATAL AND DEVELOPMENTAL MEDICINE, STANFORD UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE
HENRY C. LEE, MD, FAAP, ASSOCIATE PROFESSOR, DEPARTMENT OF PEDIATRICS, STANFORD UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

➤ “Birth is a blessed event...”

The birth of a child should be a time of great joy for every parent, and tremendous efforts have been made to make the hospital delivery room an environment that is as comforting and private as possible for the mother, partner, and newborn. While most of the time, healthy babies are born to healthy mothers, in a small number of situations this ideal circumstance does not occur.

As neonatologists, we are acutely aware of what the birth of a premature or critically ill full-term newborn means for that patient, the patient’s parents, and the extended family. Our colleagues in obstetrics, maternal-fetal medicine, anesthesia, and nursing share in this awareness, as pregnant women can also experience adverse outcomes of their own.

Somehow, that comforting, private delivery room environment must also support, often at a moment’s notice, the human and technical resources that are needed when the life of the newborn or of the mother is at stake.

➤ The labor and delivery room of the future

Taking a cue from professionals working in the fields of human factors/ergonomics and systems engineering, we have embarked on a project to design the labor and delivery room of the future,

« SOMEHOW, THAT COMFORTING, PRIVATE DELIVERY ROOM ENVIRONMENT MUST ALSO SUPPORT, OFTEN AT A MOMENT’S NOTICE, THE HUMAN AND TECHNICAL RESOURCES THAT ARE NEEDED WHEN THE LIFE OF THE NEWBORN OR OF THE MOTHER IS AT STAKE. »

a space that not only meets the needs of healthy mothers and newborns but also facilitates the performance of healthcare professionals who must respond in times of crisis.

This work is funded by a grant from the Agency for Healthcare Research and Quality, the federal agency charged with supporting research that enhances the quality of patient care and improves patient safety. This funding has allowed us to assemble a multidisciplinary team of professionals possessing a diverse range of valuable skills; this team includes, but is not limited to, physicians, nurses, industrial design specialists, architects, and sociologists. Together, we are examining all aspects of the delivery experience, from the perspectives of everyone involved, including the patients.

The process that we have undertaken from the beginning is relatively simple. We start by describing the tasks that need to be carried out to facilitate a safe birth. Once we have described a particular task, we develop a list of the human and system resources required to successfully accomplish that task.

We have developed an extensive understanding of the current state-of-the-art in labor and delivery design by conducting site visits at multiple California hospitals, and we have found that there are a number of aspects of caring for pregnant women and their newborns that have eluded efforts to optimize the

patient experience while simultaneously maximizing the ability of the healthcare professionals to provide safe, efficient, and effective care under any and all circumstances.

As we refine ideas, we build prototypes of environments or devices and test those at the Center for Advanced Pediatric and Perinatal Education (CAPE), our simulation center that is dedicated to the obstetric and pediatric sciences.

CAPE replicates an actual delivery room with a high degree of realism, including the medical equipment, supplies, patients, and healthcare professionals necessary to effectively simulate labor, vaginal birth, cesarean delivery, and neonatal resuscitation and stabilization.

CAPE is equipped with numerous high-definition, pan-tilt, remote control cameras and sensitive, adjustable-gain microphones that allow us to create an audiovisual record of how healthcare professionals interact with the patients, devices, and other aspects of the labor and delivery environment. This record, along with other data sources, can then be used to drive the design of additional iterations of the prototype. This process is facilitating the design of both new products for which we are currently seeking patent protection and new spaces, including a labor and delivery room, an operative delivery (cesarean section) room, and a fetal transition suite.

« WE HAVE ASSEMBLED A MULTIDISCIPLINARY TEAM OF PROFESSIONALS POSSESSING DIVERSE RANGE OF VALUABLE SKILLS. TOGETHER, WE ARE EXAMINING ALL ASPECTS OF THE DELIVERY EXPERIENCE. »



➤ Design, then simulation

Intense discussion and iterative design, followed by realistic simulation, allow us to “fail quickly” and effectively troubleshoot small problems before they can become big complications. We believe that our ongoing emphasis on patient safety throughout this process will produce innovative designs and novel technologies that will greatly enhance human and system performance.

By examining the process of birth from many different viewpoints, we believe that we can achieve the goal of designing an environment that is not only comforting to families, but also conducive to optimal human and system performance, particularly during emergencies.

Although our process is simple, that does not mean that it is easy. Many of us on the investigative team have worked in and around labor and delivery for decades. While beneficial in some ways, this experience can also make it difficult to recognize when our thinking is being restricted by the limitations of the facilities in which we have worked, some of which were designed more than three decades ago and are now inadequate for the delivery of state-of-the-art care. Only by being vigilant as we listen to each other and willing to challenge any failure to discriminate fact from opinion can we accomplish truly innovative design.

One of the most challenging aspects of work in this area is designing an environment that accommodates the needs of women giving birth during a normal labor as well as those who experience complications that affect either their newborns or themselves. An example of this is the area provided for the neonatal

resuscitation team to care for a newborn in distress.

In many hospitals, women experience labor and delivery in the same room. When a healthy newborn can be given to the mother to hold at the time of delivery, there is little need for additional space to accommodate the newborn’s needs, as those needs are met, for the most part, in the mother’s arms. But when a newborn is delivered and requires resuscitation, additional space is required for the healthcare professionals, equipment, and supplies that are necessary to save the newborn’s life.

« WE BELIEVE THAT WE CAN ACHIEVE THE GOAL OF DESIGNING AN ENVIRONMENT THAT IS NOT ONLY COMFORTING TO FAMILIES, BUT ALSO CONDUCTIVE TO OPTIMAL HUMAN AND SYSTEM PERFORMANCE, PARTICULARLY DURING EMERGENCIES. »

(umbilical vein cannulation, intraosseous needle placement), and vasoactive drug and fluid volume administration. Performing these procedures in a timely manner typi-

« WHEN A NEWBORN IS DELIVERED AND REQUIRES RESUSCITATION, ADDITIONAL SPACE IS REQUIRED FOR THE HEALTHCARE PROFESSIONALS, EQUIPMENT, AND SUPPLIES THAT ARE NECESSARY TO SAVE THE NEWBORN’S LIFE. »

cally requires five or more healthcare professionals just for the newborn, in addition to those present who are delivering care to the mother. Based on our observations of various units (including our own), in many instances this aspect of neonatal care does not receive sufficient attention in the design of labor and delivery units.

During the most complex neonatal resuscitations, the newborn requires placement of an artificial airway (intubation), chest compressions, intra-

vascular access

➤ Work products

The work products that we expect to produce by the end of this study include:

- Baseline ergonomic data as to how human beings interface with the various physical structures and medical devices in the typical delivery room,
- A list of evidence-based, innovative approaches to design, validated through the use of highly realistic simulation, that not only meets the needs of the patients but also facilitates optimal human performance by the healthcare professionals caring for those patients,
- Ideas for improving the function and integration of the various subsystems in the modern labor and delivery unit,
- Novel medical devices,
- Architectural plans and models for a vaginal delivery room, a cesarean section room, and a fetal transition suite.

What will be the ultimate outcome of these efforts? We believe that this work will produce environments and a technical infrastructure populated with medical devices that will allow healthcare professionals to deliver safer, more efficient, and more effective care, while at the same time meeting the physical and psychological needs of pregnant women and their newborns. ■

DISCLAIMER

This project was supported by grant number P30HS023506 from the Agency for Healthcare Research and Quality. The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of the Agency for Healthcare Research and Quality.

FOR RELATED INFORMATION

- See [Stanford university website](#)
- Contact [Louis P. Halamek](#)



“Et si j’ai un souci
médico-légal
à 23h... qui me
conseille ?,,

NOS MÉDECINS-CONSEILS VOUS
RÉPONDENT 24H/24, 7J/7.
**Nous agissons toujours
dans votre intérêt.**

3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

