

UE1

**Apprentissage de l'exercice
médical et de la coopération
interprofessionnelle**

001 – LA RELATION MEDECIN-MALADE

Définition, Généralités

Relation Médecin-Malade : liens établis lors de la rencontre entre deux personnes, socialement codifiée. Relation interpersonnelle avec interactions itératives et dynamiques. Au centre de l'action médicale.

Modèle psychanalytique : influence des réactions affectives réciproques. Transfert = réactions affectives patient → médecin. Contre-transfert = réactions affectives médecin → patient

Modèle sociologique de Parsons : codifié socialement, relation d'inégalité. Médecin : compétence technique, légitime le statut de malade. Malade : droits et devoirs, cherche à aller mieux par les aides du médecin (devoir), exempté d'obligations sociales par son statut de malade (droit).

Modèle socio-anthropologique interactionniste de Freidson : multiples facteurs en tension perpétuelle. Confrontation du cadre professionnel u médecin et du cadre personnel du patient.

Confrontation des savoirs techno-scientifiques du médecin et savoirs profanes du patient. Conflits de perspectives avec négociation perpétuelle entre médecin et patient.

Modèle intégratif : médecine centrée sur le patient, patient comme partenaire. Vise à prendre en compte l'expérience singulière vécue par le patient.

Modèle bio-psycho-social d'Engel : santé résulte d'interactions systémiques et complexes entre dimensions biologiques, psychologiques, sociales.

Principes

- Écoute
- Empathie
- Confiance
- Adaptée
- Bienfaisance
- Globale
- Secret médical
- Respect de la dignité et non-discrimination
- Consentement
- Décision thérapeutique personnalisée

Approche opérationnelle : Modèle de Calgary-Cambridge

Modèle intégrateur de l'entrevue médicale

Construire la relation par un comportement non-verbal approprié, associer le patient à la démarche

Débuter : préparer, établir contact, identifier motif de consultation

Recueillir l'information : perspective biomédicale, perspective du patient

Examen physique

Expliquer/Planifier : objectif de compréhension partagée

Terminer

Annnonce d'une mauvaise nouvelle

Elle est réalisée lors de la consultation d'annonce :

- 1) Pas de standard, il faut individualiser l'annonce
- 2) Avec empathie
- 3) Prendre le temps au calme, sans être dérangé, à un moment propice, seul avec le patient ± la personne de confiance
- 4) Respect des droits du malade dans le cadre légal
- 5) Dire le diagnostic → information claire loyale et appropriée
- 6) Respect de la volonté du patient s'il ne veut pas être informé du diagnostic
- 7) Information de la famille, après accord du malade uniquement
- 8) Expliquer, sur les bénéfices et risques du traitement, l'évolution de la maladie et les aléas thérapeutiques
- 9) Prendre son temps
- 10) Proposer une prise en charge multi-disciplinaire (psychologique, para-médicale)
- 11) Vérifier la bonne compréhension des informations

Défense des patients

Isolation : charge affective séparée de sa représentation

Déplacement : charge affective déplacée sur une autre problématique

Projection agressive : angoisse projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage ou soignants

Régression : le patient n'assume plus la charge des événements

Déni : comme si rien ne lui avait été dit

Défense des soignants

Identification projective : attribuer à l'autre ses propres sentiments, le + utilisé

Rationalisation : discours hermétique et technique

Fausse réassurance : optimiser les résultats, entretenir un espoir artificiel

Fuite en avant : se décharger du fardeau sur le patient

Banalisation : met de côté la souffrance

Mensonge : objectif de préserver le patient mais en fait préserve le médecin

002 - LES VALEURS PROFESSIONNELLES DU MEDECIN ET DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Définition, Généralités

Valeur : se réfère à ce qui est précieux, valorisé. Idéal à poursuivre.

Norme : se réfère à des principes et des règles qui énoncent des devoirs/des obligations

Les médecins placent la santé et les intérêts de leurs patients au-dessus de toute autre considération pour prendre une décision

Les valeurs professionnelles ne sont pas inconditionnelles mais adaptées aux circonstances particulières

Evidence based medicine = médecine fondée sur les preuves doit être complétée par *Values based medicine* (médecine fondée sur les valeurs)

Régulation étatique : limite l'autonomie/liberté des médecins, tarifs conventionnés/contrôles des prescriptions/recommandations

HAS élabore les recommandations de bonne pratique

Code de Déontologie : partie normative-juridique, explicite la morale professionnelle. Rédigé par l'Ordre National de Médecins et soumis au Conseil d'Etat, inséré dans le Code de Santé Publique

Valeurs professionnelles dans le Code de Déontologie

Liberté et indépendance du médecin
Responsabilité
Justice
Dévouement, Compassion, Loyauté, Protection des faibles, Fidélité
Respect de la personne, Liberté du patient, Discrétion, Probité
Compétence, Jugement perspicace
Confraternité, Solidarité

Professions de Santé

Les professions de santé sont définies par le code de la santé publique

Les professions médicales :

Médecin, Dentiste, Mateuticien, Pharmacien

Les auxiliaires médicaux et autres :

IDE, Masseur-kinésithérapeute, Pédicure-Podologue, Ergothérapeute, Psychomotricien, Orthophoniste, Orthoptiste, Manipulateur radio, Technicien laboratoire médical, Audioprothésiste, Opticien, Prothésiste/Orthésiste, Diététicien, Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture, Ambulancier

Communication entre professionnels de Santé

Nouvelles formes d'exercice :

Regroupements de professionnels, Réseaux de soins, Travail en équipe, Maisons de santé pluridisciplinaires

Communication interprofessionnelle :

- Par courrier :
 - Après accord du patient (au mieux courrier écrit en sa présence)
 - Pour favoriser la continuité des soins
 - Lien hôpital-ville

- Par oral, en concertation pluridisciplinaire

Toutes les professions de Santé sont tenues au secret professionnel

Comparaisons Internationales

USA : Autonomie médicale limitée

Primauté de la santé publique sur l'individu

Principes : Bien-être du patient, Autonomie du patient, Principe de justice sociale

Charte du professionnalisme

Se développent des maisons de santé : *patient centered medical home*

2/3 des Américains ont une assurance privée payée par l'employeur

Pour les autres, il existe des programmes publics :

- MEDICARE pour les personnes âgées de plus de 65 ans et les handicapés
- MEDICAID pour les familles vivant en dessous du seuil de pauvreté

Encore 15% de la population n'a pas de couverture maladie

Royaume-Uni :

Système de santé très centré sur le **general practitioner (GP)**, oriente les patients dans le système de soins et régule l'accès aux soins spécialisés

Le GP se rémunère avec une part fixe (salaire) en fonction de sa patientèle et une part variable liée à son activité

Canada :

Priorité sur le professionnalisme médical.

3 valeurs principales : éthique du service, autonomie clinique, autoréglementation

003 - LE RAISONNEMENT ET LA DÉCISION EN MÉDECINE. LA MÉDECINE FONDÉE SUR LES PREUVES.

Définition, Généralités

3 temps de la démarche clinique : temps diagnostique, temps pronostique, temps thérapeutique

Hypothèses émises selon 3 logiques complémentaires :

- Logique probabiliste : évoquer les diagnostics les plus fréquents
- Logique pronostique : évoquer les diagnostics les plus graves
- Logique pragmatique : évoquer les diagnostics avec un traitement spécifique avec un bon rapport bénéfice/risque

Médecine factuelle

= Médecine basée sur des preuves = Evidence based medicine

4 étapes :

- Réduire le problème à une question
- Trouver les études qui ont étudié cette question
- Faire la synthèse critique des études
- Appliquer au problème initial

Limites :

- Etudes parfois contradictoires
- Résultats de recherche clinique soumis à des biais
- Généralisation statistique pas toujours applicables à un patient donné

Niveau de preuve	Grade recommandation HAS
Niveau 1 : <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision sur des études bien menées 	GRADE A Preuve scientifique établie
Niveau 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Etudes comparatives non randomisées bien menées - Etudes de cohorte 	GRADE B Présomption scientifique
Niveau 3 : <ul style="list-style-type: none"> - Etude cas-témoins 	GRADE C Faible niveau de preuve
Niveau 4 : <ul style="list-style-type: none"> - Etudes comparatives avec biais - Etudes rétrospectives - Séries de cas 	

Modèle hypothético-déductif

Démarche analytique suivie par les médecins face à une situation à laquelle ils ne sont pas familiers/manquent d'expérience/problème posé inhabituel

Démarche analytique :

- Générer des hypothèses diagnostiques à partir de faits cliniques avec probabilités pré-test
- Les mettre à l'épreuve par examen clinique et examens complémentaires
- Conclure au vu des probabilités post-test

Si médecin expérimenté et problème familier : répertoire de situations prototypes auxquelles se référer. Si absence de situation prototypes, bascule vers démarche analytique

004 – QUALITE ET SECURITE DES SOINS. LA GESTION DES RISQUES

Définition, Généralités

- **Evènement indésirable associé aux soins (EIAS)** : tout évènement non attendu lors d'un séjour/acte de prévention ou de soin pouvant conduire à un préjudice pour le patient.
- **Evènement indésirable grave (défini légalement en novembre 2016)** : Un évènement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un évènement 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.**
- **Evènement porteur de risque** : évènement indésirable qui ne cause pas de dommage au patient :
 - s'il n'atteint pas le patient, il est qualifié d'**incident ou de dysfonctionnement**
 - s'il atteint le patient sans provoquer de dommage, on parle de «**presque accident**»
- **Qualité des soins** : qualité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.
- **Sécurité des soins** : Absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (CESP 2009). La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs (c'est impossible!) mais à les gérer.
- **Résilience** : capacité d'un système à prévenir, détecter, atténuer les dangers ou les incidents, ou d'y remédier

Missions de la HAS

- Mesurer et améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients (certifications, accréditations, évaluations, suivi d'indicateurs...)
- Certification des établissements de santé
- Evaluation des dispositifs médicaux et du service médical rendu
- Recommander les bonnes pratiques

Evènements indésirables graves

- Historique de la notion de sécurité des soins : aux USA en 1990, une première enquête mondiale de ce type est réalisée : 3.7% des patients ont eu un EIG, 13% en sont décédés.
- En France, 2 enquêtes nationales sur les événements indésirables associés aux soins en 2004 et 2010, résultats 2010 :
 - 1 patient /10 est confronté à un EIAS
 - 6.6 EIG/1 000 journées d'hospitalisation. Parmi eux : 2.6/1000 sont évitables.
- Causes :
 - Actes invasifs ++
 - Produits de santé ++ (erreur médicamenteuse)
 - Infections +
 - 2ème enquête en 2009 : mêmes chiffres, pas d'amélioration
- Les EIG évitables sont dus majoritairement à des facteurs humains et organisationnels :
 - Rupture dans la continuité des soins
 - Déviances par rapport à des protocoles
 - Défaut de communication entre professionnels
 - Organisation déficiente
 - Défaillances humaines

Gestion de la sécurité sanitaire

- Au niveau national, en dehors des professionnels de santé, des établissements sanitaires et médico-sociaux, les acteurs sont :
 - Ministère de la santé (DGS et DGOS)
 - HAS
 - Santé publique France
 - ANSM pour les médicaments et les produits de santé
- Au niveau régional les acteurs sont :
 - ARS
 - Structures régionales d'appui
 - Centre régionaux de pharmacovigilance

- Comment réduire ces EIAS ?
- Il faut identifier, analyser et traiter les risques et leurs causes
- L'erreur étant inhérente aux activités humaines, il ne s'agit pas de la nier mais de savoir la gérer.
- La gestion des risques implique :
 - Une politique volontariste de sécurité des soins
 - Une culture de la sécurité
 - Une responsabilisation de tous les acteurs
 - Une approche positive non punitive de l'erreur
- **3 exemples de modalités de gestions des risques**
 - 1) **Les 3 barrières**
 - Barrière préventive : éviter l'erreur et l'accident
 - Barrière de récupération : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences
 - Barrière d'atténuation : l'accident est avéré mais les conséquences sont limitées.
 - Prévention + récupération + atténuation = niveau de sécurité optimal
 - Ces barrières peuvent être matérielles ou immatérielles
- 2) **Analyse des EIG : Les erreurs comme sources d'enseignement**
 - Il faut encourager les professionnels à déclarer tous les EIG afin de pouvoir tirer leçon des erreurs
 - L'enjeu de ces déclarations est d'analyser les causes des EIG (approche systémique)
 - Les résultats de cette analyse et les décisions d'action peuvent être discutées en **Comité de retour d'expérience** :
 - Groupe de professionnels
 - Un EIAS est choisi, investigué et fait l'objet d'un rapport présenté au groupe
 - Des actions d'amélioration sont alors envisagées, planifiées et mises en œuvre par les équipes
- 3) **Analyse des indicateurs de la sécurité des soins**
 - Pour aider les professionnels, la HAS a développé des indicateurs de qualité et sécurité des soins et organisé des campagnes de recueil chaque année :
 - **Dossier patient** (MCO, SSR, HAD, Dossier d'anesthésie)
 - **Prise en charge** : AVC, IDM, Patients hémodialysés
 - **Infections associées aux soins**

Infections associées aux soins (IAS)

- Infection survenant **au cours ou au décours d'une prise en charge** (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.
- Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, il faut un délai ≥ 48 heures ou un délai $>$ à la période d'incubation pour définir une IAS.
 - Pour les infections du site opératoire, une IAS est une infection survenant dans les 30 jours suivant l'intervention
 - implant ou prothèse ou matériel prothétique dans l'année suivant l'intervention.
- L'infection associée aux soins (IAS) englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins, dans un sens très large. **L'IAS comprend l'infection nosocomiale, au sens de contractée dans un établissement de santé, et couvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé.**

IAS les plus fréquentes

- Infections **urinaires** (40 %)
- Infections **respiratoires** (VA +++) (20 %)
- Infections **post-opératoires** des plaies chirurgicales (15 %)
- Bactériémies sur **cathéter** (staphylocoques, BGN, *C. albicans*) (15 %)
- Autres : surinfections d'escarres cutanées

Facteurs de risque

- **Terrain** : sujet âgé, affection grave, l'état de la pathologie sous-jacente, immunodépression
- **Multiplicité des gestes invasifs**
- **Durée** de séjour / Durée d'une intervention chirurgicale
- Présence de **patients infectés à BMR** dans l'unité de soins
- Patient recevant une **antibiothérapie à large spectre**
- **En rapport avec le service** :
 - ratio inadéquat charge en soins/personnel
 - mauvaise formation du personnel

Types de germes

Germes les + fréquents = multi-résistants :

- BGN 60 % dont *E. Coli* 30 %, *Pseudomonas aeruginosa* 15 %
- CGP 30 % dont *Staphylococcus aureus méthi-R* +++ 15 %
- *Entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases*
- *Levures*

Prévention

- Prévention dans les établissements de santé :

- formation du personnel à l'hygiène (**lavage des mains +++**), aseptie des gestes invasifs et tenue vestimentaire adaptée
- stérilisation efficace des instruments
- utilisation rationnelle des ATB
- antibioprophyllaxie chirurgicale
- dépitage
- isolement et décontamination des porteurs asymptomatiques
- organisation d'un circuit de déchets
- **Prévention générale** :
 - organisation de l'information, de la surveillance et de la lutte contre les infections nosocomiales
 - enquête épidémiologique
 - établissement et diffusion de recommandation
 - CAT
 - Comité de Lutte contre l'Infection Nosocomiale (**CLIN**) : pour un établissement
 - **C-CLIN** : institution inter-régionale

Définitions

- **Asepsie** : accomplir un acte/soins à un patient sans lui apporter de micro-organisme (matériel et gants stériles..)
- **Antiseptie** : utilisation d'un antiseptique pour éliminer les micro-organismes présents sur la peau/la muqueuse
- **Désinfection** : Utilisation de désinfectant pour éliminer les micro-organismes sur une surface inerte
- **Stérilisation** : Procédé qui détruit définitivement tous les micro-organismes
- **Filtration** : Utilisation d'un micro filtre pour épurer l'air ou l'eau des biocontaminants

	Infections urinaires nosocomiales	Infections pulmonaires nosocomiales (première cause de décès par I nosocomiale)	Infections sur cathéter
Fréquence	40 %	20 %	15 %
Facteurs de risques	<ul style="list-style-type: none"> - Femme - Troubles neurologiques - ATB préalable - Diarrhée - Sondage - Diabète 	<ul style="list-style-type: none"> - Âge > 60 ans - Intubation, trachéotomie, Tb conscience - Durée de la Ventilation assistée - Insuffisance respiratoire chronique / BPCO - Tabac, dénutrition - Chirurgie thoraco- abdominale récente - Tableau clinique gave à l'entrée 	<ul style="list-style-type: none"> - Type de KT - Conditions d'asepsie, pose, entretien - Localisation (fémoral > jugulaire >> sous-clavier) - Utilisation (risque > alimentation parentérale) - 3 modes de contamination : <ul style="list-style-type: none"> • endo-luminale > 10 jours • exo-luminale < 10 jours • hématogène
Germe	<ul style="list-style-type: none"> - <i>E. coli</i> - <i>Entérocoques</i> - <i>Levures</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - BGN 60 % - <i>Staphylocoque 40 %</i> - 30-40 % des cas pluri-microbien 	<ul style="list-style-type: none"> - 50 % de Staph : <ul style="list-style-type: none"> • 40 % <i>staph coagulase négative</i> - 10 % <i>staph aureus</i> - BGN - <i>Entérocoques</i> - <i>Levures</i>
Définition	<ul style="list-style-type: none"> - Bactériurie asymptomatique (colonisation) 75 % : <ul style="list-style-type: none"> • présence d'un ou + microorganisme dans l'arbre urinaire en quantité non significative - Bactériurie symptomatique 25 % : <ul style="list-style-type: none"> • Signes fonctionnels urinaires : brûlures mictionnelles, pollakiurie, impériosité + douleur, fièvre • ECBU + (>10³ bactérie/ml) avec leucocyturie (>10⁴ BG/ml) 	<p>1 critère radiologique et 1 critère clinico-biologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rx : une ou plusieurs opacités parenchymateuses anormales récentes et évolutives. - + soit : <ul style="list-style-type: none"> • Isolement d'un germe dans : <ul style="list-style-type: none"> - prélèvement distal protégé (10³) - LBA (10⁴) - aspiration endo-trachéale (10⁵) - expectoration • Sérologies + • Au moins 1 de ces 3 signes : <ul style="list-style-type: none"> - expectorations purulentes - fièvre > 39°C récente - hémocultures + (sans autre foyer) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contamination : <ul style="list-style-type: none"> • culture non significative en méthode quantitative ou qualitative + absence de signes cliniques locaux ou généraux. - Colonisation : <ul style="list-style-type: none"> • culture significative en méthode quantitative (> 10⁵ bactérie/ml) ou qualitative (> 15 UFC par technique SQC) + absence de signes cliniques locaux ou généraux - Infection clinique sur KT : <ul style="list-style-type: none"> • culture significative + présence de signes cliniques locaux ou généraux régressant ± quand ↓ du KT - Infection bactériémique sur KT : <ul style="list-style-type: none"> - culture différentielle significative + hémoc au même germe que celui du KT (en l'absence d'autre foyer)
CAT	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation de la sonde urinaire, prévention +++ - Si colonisation pas ATB sauf si terrain particulier - ATB selon ATBgramme (attendre) - SU à changer à 48 heures de traitement (si elle est indispensable) 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement en Urgence - Bi-ATB en fonction de la clinique et 2' adaptée à l'ATBgramme - Prévention +++ (limiter durée, limiter les indications, entretien et pose en asepsie...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Retirer le KT ++ - Bi-ATB en fonction de la clinique et 2' adaptée à l'ATBgramme - Prévention +++