

Unité d'enseignement 1 : 001 - LA RELATION MÉDECIN-MALADE, ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE, FORMATION

Loi du 4 mars 2002

- Information claire, loyale et appropriée

- Accès au dossier médical
 - Recueil d'un **consentement éclairé**, libre, révocable à tout moment
 - **Devoir d'information** sur les risques et les bénéfices d'un traitement ou d'une intervention (c'est au médecin de faire la preuve de cette information s'il y a litige)
- Selon la loi :
« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »

Principe de la relation médecin-malade

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

Annonce d'une maladie grave

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 malades et de la loi du 4 mars 2002
- 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

Formation du patient atteint de maladie chronique

Elle nécessite la réalisation d'un projet pédagogique, individuel adapté :

- 1) Il faut poser un contrat moral avec des objectifs progressifs dans un but d'autonomisation du malade
- 2) Elle nécessite l'adhésion du patient
- 3) Multidisciplinaire
- 4) Adaptée au patient
- 5) Inclusion dans un réseau de soins autour du MT
- 6) Soutien par des associations de malade
- 7) Participation à des sessions éducatives de groupe
- 8) Soutien de la famille
- 9) Suivi avec évaluation régulière et adaptation du protocole

Unité d'enseignement 1: 002 - LES VALEURS PROFESSIONNELLES DU MÉDECIN ET DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Histoire des valeurs

- Le Code d'Hammurabi (1752 av J-C) gravé sur une stèle et découvert dans l'actuel Iran précise les responsabilités du médecin et les sanctions qu'il encoure s'il est malhabile : « Si un médecin a fait une blessure grave sur un notable avec une lancette de bronze et l'a fait mourir ou bien a ouvert la tempe d'un notable avec une lancette de bronze et lui a crevé l'œil, on lui coupera la main. »
- Le Serment d'Hippocrate (460 av J-C) attribué au médecin du même nom énonce les principes de base de la déontologie médicale. Celui qui est récité au moment de la thèse est une version modernisée mais les principes restent les mêmes :
 - Honneur
 - Probité (respect des règles morales, des lois)
 - Respect « sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions »
 - Information du patient
 - Soins, prévention, promotion de la santé « rétablir, préserver et promouvoir »
 - Secret médical « admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés »
 - Dévouement
 - Soulager la douleur et refus de l'euthanasie active « je ne provoquerai jamais la mort délibérément »
 - Indépendance
 - Compétence et Formation continue
 - Confraternité
- Texte complet disponible sur le site du conseil national de l'ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr
- Charte de 1927 : principes de la médecine libérale votée par les syndicats médicaux
 - Libre choix du médecin par le patient
 - Liberté de prescription
 - Liberté d'installation,
 - Paiement direct des honoraires par le patient
- Aujourd'hui codifié dans le code de la sécurité sociale
- 1948 : 1er Code de Déontologie médicale remis à jour régulièrement, rédigé par l'ordre national des médecins

Les valeurs professionnelles

- 3 Principes généraux :
 - La primauté de la personne (médecin au service de l'individu, dignité et respect de la personne, secret médical)
 - La liberté (choix du médecin par le patient, liberté de refuser des soins non urgents pour clause de conscience)
 - L'indépendance du médecin (indépendance professionnelle sans influences religieuses ou industrielles)
- Evolutions et nouvelles valeurs
 - Evolutions sociétales :
 - Patients très informés
 - Altération de la confiance du public envers la médecine, par fois même méfiance
 - Responsabilité croissante et judiciarisation
 - Demande de personnalisation de la prise en charge
 - Patients acteurs de leur santé et du système de santé (associations de malade, plus de place à la parole des usagers du système de soin)
- Nouvelles valeurs :
 - Relation de partenariat avec le patient et décision médicale partagée (nouvelles dimensions : bien-être, dignité, respect mutuel)
 - Responsabilisation des patients : implication dans leur prise en charge
 - Travail en équipe pluridisciplinaire pour prise en charge globale et personnalisée
 - Evaluation des pratiques professionnelles dans un but d'amélioration de la qualité des soins et de formation continue

19 professions de santé

- Médecins
- Aide-soignante
- Infirmier
- Aux de puériculture
- Chirurgien dentiste
- Diététicien
- Conseiller génétique
- Ergothérapeute
- Manip radio
- Kiné
- Opticien
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Prothésiste
- Podologue
- Pharmacien
- Psychomotricien
- Sage-femme

Communication avec les autres professionnels de santé

- De nouvelles formes d'exercice se développent :
 - Regroupements de professionnels,
 - Réseaux de soins
 - Travail en équipe
 - Les maisons de santé pluridisciplinaires tendent à remplacer les médecins libéraux isolés
- Les raisons :
 - La nouvelle génération refuse les contraintes de l'exercice individuel isolé
 - Nouvelles prises en charges individualisées et coordonnées
 - Maladies chroniques : suivi long, aspect médico-social
 - Echanges entre professionnel facilités par la technologie : mais attention au respect de la vie privée et du secret médical
- **Communication interprofessionnelle :**
 - Par courrier :
 - Après accord du patient (au mieux courrier écrit en sa présence)
 - Pour favoriser la continuité des soins
 - Lien hôpital-ville : rédaction d'un compte rendu d'hospitalisation rapidement
 - Par oral, en concertation pluridisciplinaire
 - Prendre en compte l'avis du patient
 - A l'hôpital, tous les personnels qui ont accès à des informations de type médico-administratives sont tenus au secret médical (secrétaires, externes, aide-soignants...)

Toutes les professions de santé sont tenues au secret professionnel +++

Comparaisons internationales

- **Aux USA :**
 - Primauté de la santé publique sur l'individu
 - **3 Principes :**
 - Bien-être du patient
 - Autonomie du patient
 - Principe de justice sociale (équité de l'accès au soin)
 - Charte du professionnalisme :
 - Utilisation équitable des ressources
 - Perfectionner ses connaissances continuellement
 - Relations appropriées avec le patient
 - Amélioration de la qualité et de l'accès aux soins
 - Garantir la probité et la confidentialité
 - Maintien de la confiance par la gestion des conflits d'intérêt
 - Aux USA se développent des maisons de santé : *patient centered medical home*
 - Une approche globale et centrée sur le patient s'y développe, tout comme dans les autres pays développés.
 - **Rappel :** Dans le système de soins américain, les 2/3 de la population ont une assurance privée payée par l'employeur.
 - Pour les autres, il existe des programmes publics
 - **MEDICARE** pour les personnes âgées de plus de 65ans 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. L'Affordable Care Act voté en 2012 oblige ces personnes à se doter d'une assurance maladie** (en les aidant financièrement si besoin).
- **Au Royaume-Uni :**
 - Système de santé très centré sur le **general practitioner** (équivalent de notre médecin traitant), c'est lui qui 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
 - **4 grands principes :**
 - Souci du respect du patient et maintien de la confiance
 - Coopération interprofessionnelle et travail en équipe
 - Préoccupation pour la sécurité et la qualité des soins
 - Importance des connaissances et de la performance clinique

Unité d'enseignement 1 : 003 - LE RAISONNEMENT EN MÉDECINE. LA MÉDECINE FONDÉE SUR LES PREUVES.

Définitions

- Efficience : optimisation des moyens utilisés pour obtenir un résultat
- Efficacité : production d'un résultat avec le minimum d'efforts ou de moyens
- Utilité : aptitude d'un objet ou d'un bien à donner une satisfaction ou à participer à atteindre cette satisfaction

L'Évidence Based Medicine (EBS)

C'est une médecine basée sur les faits. Les preuves sont tirées de la recherche clinique et pas seulement de la théorie

Unité d'enseignement 1 : 004 - LA SÉCURITÉ DU PATIENT, LA GESTION DES RISQUES

Définition

- **Événement indésirable associé aux soins (EIAS)** : toute complication non prévue lors d'un séjour/acte de soin pouvant conduire à un préjudice pour le patient.
- **Événement indésirable grave** : décès inattendu, perte permanente d'une fonction ne résultant ni de l'évolution naturelle de la maladie, ni du terrain du patient au décours d'un acte de soins, hospitalisation en réanimation et/ou ré-intervention non programmée(s)
- **Événement porteur de risque**: événement 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 (OMS). La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs (c'est impossible!) mais à les gérer.
- **Résilience**: capacité d'un système (Ets de santé) à prévenir, détecter, atténuer les dangers ou les incidents, ou d'y remédier

Événements 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. => entre **45 et 90 000 morts/an** !!
- En France :
 - 1ère enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins en 2004 :
 - 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, les acteurs sont :
 - Ministère de la santé (DGS et DGOS)
 - HAS
 - InVS pour les infections
 - ANSM pour les médicaments
- Au niveau régional les acteurs sont :
 - ARS
 - CCLIN (centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales)
- Au niveau local
 - CLIN (comité locaux de lutte contre les infections)
 - Centre régionaux de pharmacovigilance
 - CIRE

Missions de l'HAS

- Surveiller et garantir un niveau de sécurité et de qualité des soins
- Certification des Ets de santé
- Evaluation des dispositifs médicaux et du service médical rendu
- Rédaction de guide et de recommandation de bonnes pratiques

Gestion des risques

- Comment réduire ces EIAS ?
- Il faut identifier, analyser et traiter les risques.
- L'erreur étant inévitable, 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 : but : éviter l'erreur et l'accident (ex : check-list opératoire)
 - Barrière de récupération: l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences (ex : prescription d'amoxicilline à un patient allergique. Avant la délivrance du médicament, l'infirmière vérifie les contre-indications...)
 - Barrière d'atténuation : l'accident est avéré mais les conséquences sont limitées.
- Prévention + récupération + atténuation = niveau de sécurité optimal
- Ces barrières peuvent être :
 - Matérielles (prescription informatisées, système d'alarme...)
 - Immatérielles (protocoles, check-list...)
- 2) Analyse des EIG : Les erreurs : sources d'enseignement**
- Il faut encourager les professionnels à déclarer tous les EIG afin de pouvoir tirer leçon des erreurs.
- Le but : « plus jamais ça ». L'erreur est souvent associée à la faute. Il faut se détacher de cette idée pour que les erreurs soient signalées (par exemple de façon anonyme) pour pouvoir mettre en place une analyse de celles-ci.
- Comité de retour d'expérience
 - Groupe de professionnels
 - Objectifs : analyse retrospective d'EIAS
 - 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
 - Revue de morbidité : Analyse de cas de décès, de complications ou d'événements porteurs de risque
 - collective,
 - rétrospective
 - systémique
- Objectifs :
 - Mise en œuvre le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.
 - Ne pas porter de jugement sur les personnes ni rechercher le coupable ou le responsable.
- 3) Analyse des indicateurs de la sécurité des soins**
- Pour aider les professionnels, la HAS a mis au point des indicateurs de risque :
 - ICALIN (indicateur sur les infections nosocomiales)
 - IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) qui comprends :
 - Tenue du zérodossier patient
 - Tenue du dossier anesthésique
 - Courrier de sortie
- Ces indicateurs et leur analyse aident les Ets de santé à s'améliorer et à savoir si les actions qu'ils ont mises en place ont été efficaces (suivi de l'évolution des indicateurs)
- Toutes ces données sont publiques et collectionnées dans le site scope santé afin de répondre aux interrogations des patients concernant la qualité des soins dans les hôpitaux.

Unité d'enseignement 1 : 004 - INFECTIONS NOSOCOMIALES ET INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Infections nosocomiales

- **Critères diagnostiques** : une infection nosocomiale est une infection (bactérienne, virale ou fongique) contractée en établissement de santé.
- **Absente au moment de l'admission à l'hôpital** : survenant dans un **délat minimal de 48 à 72 heures après l'admission** (en tenant compte du délai d'incubation de chaque infection s'il est connu)
- Est considérée comme infection liée aux soins :
 - les infections de plaie opératoire survenant dans les 30 jours qui suivent l'intervention
 - les infections sur prothèse, matériel étranger survenant dans l'année qui suivent l'intervention

Facteurs de risque

- **Terrain** : sujet âgé, affection grave, l'état de la pathologie sous-jacente, immunodépression
- **Multiplcité 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
 - type de service : réa, chirurgie, néonatal, grands brûlés

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 β -lactamases
- Levures

Les différentes infections nosocomiales

- **Les infections nosocomiales les plus fréquentes**
 - infections **urinaires** (40 %)
 - infections **respiratoires** (VA +++) (20 %)
 - infections **post-opératoires** des plaies chirurgicales (15 %)
 - bactériémies ou septicémies sur **cathéter** (staphylocoques, BGN, *C. albicans*) (15 %)
 - autres : surinfections d'escarres cutanées
 - sinusites post ventilation artificielle...

Infection de site opératoire

- Infection du site opératoire : définie par la présence de pus (\pm isolement d'un germe):
 - infection superficielle : sus-aponévrotique
 - infection profonde : sous-aponévrotique

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
- **Sterilisation** : Procédé qui détruit définitivement tous les micro-organismes
- **Filtration** : Utilisation d'un micro filtre pour épurer l'air ou l'eau des biocontaminants

Prévention ++++

- **Prévention dans les établissements de santé** :
 - formation du personnel à l'hygiène (**lavage des mains +++**), asepsie des gestes invasifs et tenue vestimentaire adaptée
 - stérilisation efficace des instruments
 - utilisation rationnelle des ATB
 - antibioprophyllaxie chirurgicale
 - dépiage
 - isolement et décontamination des porteurs asymptomatiques
- **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
 - **CTIN** : institution nationale
 - **Conseil supérieur d'hygiène de France**

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 \geq 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.**

	Infections urinaires nosocomiales	Infections pulmonaires nosocomiales (première cause de décès par 1 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 • hémotogène
Germes	<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</i> 40 % - 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> - <i>BGN</i> - <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, impériosités + 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. <p>- + soit :</p> <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 (> 10³ 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 régressants ± quand ↓ du KT - Infection bactériémique sur KT : <ul style="list-style-type: none"> • culture ⊕ significative + hémoc ⊕ au même germe que celui du KT (en l'absence d'autre foyer)
CAT	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation de l'utilité 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 - BiATB en fonction de la clinique et 2° adaptée à l'ATBgramme - Prévention +++ (limiter durée de l'intubation, limiter les indications, proclive 30°...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Retirer le KT ++ - BiATB en fonction de la clinique et 2° adaptée à l'ATBgramme - Prévention +++ (limiter durée du KT, limiter les indications, pose du KT et soins en asepsie stricte...)