



Recommandations comportementales

(Références en Simulation Relationnelle)

Sous la direction du Professeur Guy Llorca

Recommandations du groupe des références comportementales en simulation relationnelle

Direction et rédaction : Guy Llorca

Participants au groupe de travail qui ont collaboré à l'élaboration :

- Michèle Balsan, Sage-femme enseignante
- Nathalie Berthelard, Infirmière en soins palliatifs
- Serge BOARINI, Philosophe enseignant
- Olivier Bonin, Professeur de médecine générale †
- Sophie Cervello, Médecin psychiatre
- Loïc Druette, coordination SAMSEI, Usager représentant des malades
- Anne-Marie Kerleguer, Psychologue
- Pascale Mery, Cadre de santé enseignante
- Odette Negro, Usagère représentante des malades
- Marie Richardot, Usagère représentante des malades
- Michel Richardot, Usager représentant des malades
- Aude Derrier Sanlaville, Sage-femme enseignante
- Christine Tacnet, Secrétaire, Usagère représentante des malades
- Radhouane Zayani, Médecin généraliste libéral

Sommaire :

Avant-propos	1
1. Malade, patient ou client ?	5
2. Annonce d'une mauvaise nouvelle.	8
3. Annonce d'un cancer.	12
4. Abstention et acharnement thérapeutique.	14
5. Agressivité.	17
6. Burn Out (syndrome d'épuisement professionnel)	19
7. Conflit d'intérêt.	23
8. Décision médicale partagée.	26
9. Dommage associé au soin.	30
10. Douleur et personne âgée.	33
11. Information partagée.	35
12. Gestion de conflit.	38
13. Handicap.	39
14. Maltraitance et bientraitance.	41
15. Refus de soin.	45
16. Risque.	50
Annexes	53

Avant-propos

Introduction (situation du problème)

La simulation relationnelle est centrée sur la relation directe de soin, en face à face, et fait intervenir la relation soignant-soigné dans son intimité immédiate et différée. Cette relation, à la base de la confiance, est essentielle pour optimiser la qualité des soins puisqu'elle influence très fortement la décision médicale partagée et l'observance thérapeutique. Cette relation est également essentielle car elle intervient dans plus de 90% des erreurs médicales et des insatisfactions des patients exprimées dans leurs réclamations.

La formation par la simulation est devenue incontournable depuis que son efficacité a été démontrée dans le domaine de l'apprentissage technique. Elle est aussi très performante dans le domaine relationnel mais, portant sur des comportements et attitudes, la démonstration de son efficacité est plus complexe puisqu'elle soulève la question de la norme idéale à atteindre, norme étroitement liée aux personnes, au temps, aux conditions matérielles, aux représentations sociales, aux croyances, à la sévérité des affections en cause, aux données scientifiques probantes actualisées...

Cette relation interpersonnelle diffère de la relation de soin en équipe qui est avant tout centrée sur les compétences techniques et non techniques analysées en équipe :

Critères	Medical team training	Simulation relationnelle
Centrage	Equipe	Soignant
Responsabilité	Partagée	Individuelle
Représentation	Identiques	Différentes
Référentiels	Protocolaires	Consensuels
Evaluation	Qualité de l'action (CCC*)	Qualité de l'accord (DMP**)

Tableau I : Différences relationnelles entre le travail en équipe et la relation individuelle.

Avec : *CCC : Communication, Coopération, Coordination... **DMP : Décision Médicale Partagée.

Intentions, finalité, buts, objectifs et compétences :

L'intention pédagogique est de faire découvrir et de sensibiliser les personnels de santé au facteur relationnel, élément humain qui constitue la richesse mais aussi la difficulté de cette relation de soin.

Finalité : Améliorer la qualité des soins

Buts : Sécuriser les soins individuels et professionnaliser les personnels

Objectifs :

1. Entraîner à la réalisation des protocoles validés.
2. Analyser les comportements en situation de soin individuel.
3. Confronter les représentations conceptuelles.
4. Tester les différents comportements possibles acceptables.

5. Développer l'auto-évaluation.

Elle doit conduire à une véritable alliance. Elle fait appel essentiellement à des compétences non techniques :

Objectifs	Correspondance	Compétences non techniques
Ecouter, Comprendre, Expliquer	← Savoir →	Communiquer en santé
Analyser les représentations		S'adapter
Assurer la continuité des soins		S'organiser
Assumer ses responsabilités		Agir éthiquement

Tableau II : Correspondante entre les notions d'objectifs à atteindre et de compétences sollicitées à acquérir.

Méthode de travail :

Créé le 16 mai 2013 en recrutant par cooptation des personnes motivées et en veillant à sa pluri professionnalité, le groupe de travail s'est réuni mensuellement depuis sa mise en place (10 réunions annuelles).

Chaque réunion a été thématisée. Pour chaque thématique une recherche bibliographique a été réalisée, puis les références essentielles ont été adressées à chaque participant un mois avant la réunion concernée.

Pendant la réunion chaque participant a donné sa vision de la thématique et de l'analyse des références adressées. Une synthèse a été réalisée en adoptant la méthode du consensus négatif, c'est-à-dire, non pas ce qu'il faut faire, mais ce que l'on ne souhaite plus définitivement voir, entendre ou faire localement... Ainsi réalisée, chaque synthèse a été adoptée lorsque tous les participants étaient en accord avec le consensus négatif proposé.

Ces consensus ont été définitivement adoptés à la réunion suivant la proposition de consensus pour laisser un mois supplémentaire de réflexions aux participants.

Éthique et communication :

Dans ce domaine de la relation individuelle de soin en santé l'analyse éthique et l'utilisation des outils de base de communication en santé revêtent une importance capitale. Ainsi, en partant de la notion de valeur, puis celle de principes, on peut en déduire les éléments de communication en cause et, partant, les comportements attendus pour appliquer la règle de « ce que l'on ne souhaite plus définitivement voir, entendre ou faire localement ».

Valeurs philosophiques	Principes éthiques	Éléments de communication	Comportements attendus
Respect personne et solidarité (dignité et Liberté)	<i>Respect</i>	Reconnaissance	Se présenter
	<i>Précaution</i>		Prise en compte de l'autre
	<i>Sécurité</i>	Assurance	Rester dans son rôle, pas d'identification
	<i>Confidentialité</i>		Créer un climat de confiance
	<i>Bienfaisance</i>	Contenance	Compréhension, empathique
	<i>Non malfaisance</i>		Ecoute active, neutralité, silence
	<i>Autonomie</i>	Information	Ce que l'autre veut et doit savoir
	<i>Honnêteté</i>		Langages adaptés
	<i>Fidélité</i>	Suivi	Disponibilité
	<i>Objectivité</i>		Etre constructif
<i>Responsabilité</i>	Synthèse	Décision partagée	
<i>Justice / équité</i>		Savoir conclure	

Tableau III : Schématisation de la démarche d'analyse comportementale.

Ces recommandations représentent ainsi des instructions locales pour servir de guide. Elles sont l'émanation de la sensibilité des participants du groupe de travail et ne représentent pas une « vérité révélée » mais des avis à méditer...

➤ Pour approfondir :

- Llorca G. Communication médicale. 1994, Ellipses, Paris.
- Llorca G. : Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique en médecine. 2003, Med-line, Paris.
- Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. 2015, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ottawa.
- Richard C. et Lussier M.T. La communication professionnelle en santé. 2016 ; Pearson ERPI, Montréal.
- L'Her E., Geeraerts T., Desclefs JP., Benhamou D., Blanie A., Cerf C., Delmas V., Jourdain M., Lecomte F., Ouanes I., Garnier M., Mossadegh C. Intérêts de l'apprentissage par simulation en soins critiques. Recommandations de Pratiques Professionnelles. Recommandations communes SRLF – SFAR – SFMU – SOFRASIMS. 2019. Téléchargeable sur sfmu.org ou srlf.org

1-Malade, patient ou client ?

La polysémie qui caractérise les acteurs de la relation de soin cherche à rendre compte des univers complexes de la souffrance humaine.

Le malade (du latin « male habitus ») peut représenter l'entrée dans l'analyse, car c'est la personne affectée qui ressent une atteinte de son intégrité physique et/ou psychique. C'est celui qui se sent en mauvais état. C'est aussi ce que cherche à exprimer la dualité « signe » et « symptôme ». Une personne se sent malade lorsqu'elle se sent trahie par son corps qui n'est plus, ou pas, capable de s'adapter aux « normes de vie » auxquelles elle était habituée, ou aux normes qui sont facilement vécues par les autres, les « bien-portants ». Mais ce ressenti ne suffit pas pour être écouté, et éventuellement aidé, puisqu'il peut s'agir d'un malade imaginaire ou d'un ressenti momentané, non évolutif et lié à un passage physiologique et obligatoire de la vie. C'est toute la question du normal et du pathologique, des normes de la vie, des représentations du savoir populaire en matière de définition de la maladie et de la santé.

Le patient (du participe présent du verbe dénonçant latin patior, eris, i) est la personne qui souffre, qui endure. Cette dénomination suppose que son ressenti soit validé par le corps médical comme correspondant bien à un diagnostic et à un pronostic nécessitant la mise en œuvre d'une thérapeutique. La condition pour être institué comme patient est d'être diagnostiqué et soigné. Ainsi le malade n'est pas obligatoirement un patient alors que le patient est obligatoirement un malade. Le malade qui pratique l'automédication n'est pas un patient, alors que le patient peut être un malade qui s'ignore comme dans les cas de découvertes d'affection pré-symptomatiques lors d'examen paracliniques. C'est aussi le cas des patients potentiels, comme les enfants, les personnes âgées ou fragilisées prioritaires lors des campagnes de vaccination. Mais le terme de patient validé introduit aussi une difficulté liée au second sens de celui qui fait preuve de patience (du latin patiens) et, ainsi, une connotation médicale de bon ou mauvais patient selon sa relation avec les professionnels de santé et selon son observance thérapeutique. Se pose alors la question de la définition de la pathologie (du grec patos) qui n'est que partiellement résolue par la définition introduite par le préambule de la constitution de l'OMS de 1946, particulièrement dans ses 2 premiers paragraphes :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Cette définition n'introduit pas le concept de potentiel de santé et sa lecture rapide peut laisser penser qu'il existerait un « droit à la santé » alors qu'il n'existe qu'un « droit aux soins »...

Le client (du latin cliens) désigne à l'origine la personne qui se place sous l'autorité d'une autre, puis par extension, la personne qui requiert des services moyennant rétribution. Dans son utilisation en médecine, l'ambiguïté est liée au système de solidarité nationale, particulièrement en France où la rétribution est essentiellement assurée par l'assurance maladie, donc par la collectivité et non seulement par la personne requérante. Son utilisation introduit aussi le concept de clientélisme très connoté comme orienté productivité et difficilement accepté par les personnels soignants. Son remplacement par la patientèle est cherché par certains au motif que ce terme est moins connoté.

L'usager est un terme de plus en plus utilisé depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Ce terme relève du droit en référence au droit d'usage des services publics, dont la santé publique. Il cherche à introduire la dimension citoyenne du droit aux soins et la responsabilité civile des personnes. Il est maintenant bien admis dans le monde hospitalier qui a été conduit à assurer une représentation des usagers dans les instances institutionnelles. L'inconvénient de ce terme est lié au fait qu'il ne fait pas référence à la maladie puisque l'usager peut n'être qu'un utilisateur potentiel du système de santé...

Le sujet est un terme trop général pour être retenu dans la mesure où il désigne non seulement des personnes mais aussi le règne animal et en recherche clinique la loi n° 88-1138 a préféré utiliser les termes de « personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale » à celui de sujet, même si l'on peut retrouver le terme sujet dans de nombreux protocoles de recherche clinique...

L'actient, contraction d'action patient cherche à s'implanter mais sans véritablement y parvenir jusqu'à présent...

Le soigné est de plus en plus utilisé, essentiellement dans les écrits théoriques. Il a l'avantage de faire référence directement au soin, donc à la finalité de l'action médicale, mais il introduit une dimension de passivité des personnes qui s'y prêtent à un moment où l'on recentre la réflexion sur la participation active et sur les notions de qualité et de sécurité...

En pratique, cette polysémie ne représente pas une vision polémique de la médecine mais bien au contraire une rencontre de deux mondes lors de la relation soignant-soigné et son analyse met en lumière toute l'importance de la recherche d'une communauté relationnelle les liant. Cette recherche doit être soulignée aux étudiants comme capitale dans la compréhension de l'autre.

➤ Pour approfondir :

- Canguilhem G. Le Normal et le pathologique, « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique » (1943), PUF, Paris, 2005/2010
- Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin/22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 (Actes off. Org. mond. Santé, 2,100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. <http://www.who.int/fr/>, Mars 2005

- Jodelet D. Les représentations sociales. Col. Sociologie d'aujourd'hui. PUF, Paris, 2003
- Lebret J.-M. réflexion philosophie sur la relation soignant/soigné. Consultable sur : www.cadredesante.com
- Zielinski A. « La vulnérabilité dans la relation de soin. « Fonds commun d'humanité », Cahiers philosophiques 2011 ; 2,125 : 89-106

2-Annonce d'une mauvaise nouvelle.

1-Définition :

La mauvaise nouvelle tient essentiellement au pronostic (sévérité du diagnostic, évolution néfaste, conséquence sévère des soins...). Elle concerne donc les affections sévères mettant en jeu l'espérance de vie (pronostic vital) et/ou la qualité de vie (pronostic fonctionnel). Elle est ainsi intimement liée à la valeur de la prévision réalisée. L'annonce d'une mauvaise nouvelle crée un avant et un après. Elle stigmatise le temps et représente un véritable séisme pour la personne qui la reçoit. Elle affecte inéluctablement et sérieusement la vision du futur de la personne qui la reçoit, voire également de son entourage...

« Une mauvaise nouvelle est une nouvelle que l'on n'a pas envie de dire à une personne qui n'a pas envie de l'entendre ».

« Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais certaines façons sont moins dévastatrices que d'autres ».

Exemples d'annonces difficiles : cancer, Alzheimer, SEP, SIDA, SLA, maladie génétique grave, maladie chronique avec handicap prévisible, décès...

2-Principaux modes réactifs émotionnels et comportementaux du soigné :

- Angoisse, anxiété
- Dénégation
- Déplacement (sur un fait banal)
- Dépression
- Enfermement (plus de communication)
- Irritation
- Isolement (c'est normal avec la vie que je mène !)
- Peur
- Projection agressive (le patient est agressif, soignant est vu comme le persécuteur)
- Régression
- Résignation (abandon, refus de soin)
- Révolte
- Sidération (blocage de la communication)
- Tristesse...

L'acceptation par la prise de conscience représente ce que l'on souhaite obtenir...

Le plus souvent, l'annonce du diagnostic est suivie d'une phase de dénégalation, puis de révolte qui risque de conduire à la résignation ou à l'enfermement. La qualité de l'annonce permet d'éviter ces extrêmes et d'aider la prise de conscience.

3-Principaux modes relationnels du soignant :

Modes à éviter :

- Identification projective (contagion affective)
- Rationalisation (c'est douloureux de toute façon !)

- Fuite en avant
- Banalisation paternaliste
- Mensonge « protecteur »...

Dans l'idéal l'attitude compréhensive (empathique) doit être privilégiée.

4-Éléments clés de la relation d'annonce :

- Le temps (de préparation, d'annonce et de suivi)
- L'écoute active permanente
- Les mots choisis et adaptés
- L'attitude compréhensive
- Le lieu neutre et adapté

5-Préparation de l'annonce :

5.1-Les questions à se poser :

5.1.1-D'ordre technique :

- Que sais-je de la situation clinique du patient ?
- Que sais-je de la maladie et de son évolution naturelle (survenue de handicap, mise en place de traitements de plus en plus contraignants...) ?
- Que sais-je des options thérapeutiques, des prises en charge possibles et de leurs implications ?
- Que sais-je du rapport bénéfice-risque de chacune de ces prises en charge ?
- Quelle est la part d'incertitude du pronostic, de variabilité dans l'expression de la maladie, dans l'efficacité thérapeutique ?
- Existe-t-il un risque inutile à traiter, une perte de chance à s'abstenir ?
- Que puis-je prévoir de l'évolution de ce patient ?
- Quelle est la filière de prise en charge (structure d'accueil lorsque le handicap ou les difficultés vont survenir) ?

5.1.2-D'ordre relationnel :

- Ai-je des difficultés à dire et pourquoi ?
- Quelles représentations, quelles expériences personnelles (positive, négative) ai-je de cette maladie et de ses conséquences ?
- Quel rôle vais-je avoir dans la prise en charge (traitement, accompagnement) et quelles en sont les limites ?
- Qu'est-ce qui va changer dans la vie du patient ? Qu'est-ce qui sera probablement le plus difficile pour lui ?

5.2-Les informations à obtenir :

- Ce que le patient souhaite savoir et attend des soignants.
- Les personnes qu'il a déjà rencontrées, l'information qu'il a déjà reçue, ce qu'il en a compris.
- Les représentations qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.
- Les expériences personnelles (famille, proches) qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.

- Sa situation familiale personnelle (enfant, personne à charge, isolé ou entouré).
- Les soutiens possibles.
- Sa situation matérielle, professionnelle, sociale.
- La représentation qu'a son compagnon / ses enfants / son entourage de la maladie.
- L'information qu'il souhaite que l'on donne aux proches, s'il préfère qu'on l'aide à informer ses proches.
- Les besoins ou les souhaits d'aide ou de soutien (psychologique, social) pour lui ou pour ses proches.

6-L'annonce :

Prendre un peu de temps pour se concentrer avant l'annonce et contenir ses émotions.

Qui : le soignant responsable.

A qui : à la personne directement concernée.

Quand : en théorie lorsqu'un niveau de preuve suffisant est atteint. En pratique, progressivement, dès qu'une forte suspicion existe, sans entraîner de retard aux soins.

Où : en entretien en face à face, dans un local isolé, au calme.

Quoi : « L'important c'est ce qui est compris, au-delà de ce qui est dit ».

Comment - Utiliser :

- Les questions ouvertes (Pourriez-vous me parler un peu plus de ce que vous venez de dire ?)
- La clarification des aspects psychologiques (Pouvez-vous essayer de m'expliquer ce que vous ressentez) ?
- L'attitude empathique : (Quand j'entends tout ce qui vous est arrivé, je comprends que vous soyez désespéré... A votre place je réagis certainement de la même manière... ou je ne sais comment je réagis...).
- Le résumé (Je voudrais résumer ce que j'ai entendu et compris jusqu'à présent... Est-ce que cela correspond à ce que vous avez essayé de me dire ?)

Veiller :

- Au respect : ne porter aucun jugement sur le patient (sur ses réactions, ses représentations...) ou sur ses proches.
- A la cohérence : sans contradictions dans les faits et avec les autres professionnels de santé.
- A la progressivité au cours de l'entretien, adaptée à la compréhension du soigné.
- A l'authenticité : expliquer avec ce que l'on sait, savoir reconnaître ses limites et avoir un discours en adéquation avec ce que l'on pense.
- A l'empathie : être capable de percevoir où est l'autre, et où il en est, en apprenant à observer des temps de silence et à reformuler, en évitant une relation superficielle.
- A la qualité de l'écoute : savoir consacrer du temps sur le vécu du patient, surtout lors de la 1^{ère} consultation, pour établir une base relationnelle solide.

Donc, maintenir la confiance par :

- La clarté, l'intelligibilité, l'honnêteté.

- Des mots simples dans le répertoire sémantique et les représentations du soigné.
- Une description des niveaux de preuve et de certitudes (ce que l'on sait).
- En laissant un « coin de ciel bleu » (dire ce que l'on ignore).
- En Bannissant les pronostics trop précis (« vous n'en avez plus que pour 3 mois » !).
- En Décrivant le projet thérapeutique le plus souhaitable (en termes de bénéfice et de risques).

7-Suivi de l'annonce :

- Proposer en fin d'annonce :
 - ✓ un soutien psychologique,
 - ✓ une nouvelle entrevue rapprochée,
 - ✓ un accord pour informer une ou des personnes proches aidantes, o des modalités de contact personnalisées...
- Lister les questions qui demeurent en suspens pour le soignant et pour le patient ou son entourage.
- Tracer la totalité dans le dossier médical.

➤ Pour approfondir :

- Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York, Macmillan Publishing Co, 1969.
- HAS. Annoncer une mauvaise nouvelle. 2008.
- Giraudet J.-S. Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient. Synoviale, 2006, 151 : 8-13
- Romano H. L'annonce d'un diagnostic grave. La Revue de médecine interne, 2010 ; 31 : 626–630

3-Annonce d'un cancer.

1-Les modalités de l'annonce d'un cancer ont été bien définies dans le cadre de la mesure n° 40 du plan cancer 2003-2007 et reconnaissent 4 temps : 1) médical qui fixe les éléments scientifiques (RCP et PPS), 2) d'accompagnement (social, psychologique, paramédical, associatif...), 3) de soutien (accès aux soins de support), et 4) d'articulation (avec la médecine ambulatoire). Ces mesures ont pour objectif la mise en place des meilleures conditions possibles pour apporter les solutions d'aide les plus adaptées.

2-En pratique l'annonce est souvent réalisée hors de ce cadre (par un médecin généraliste, un radiologue, un médecin proche, un interne, un.e Infirmier.e, un médecin spécialiste non oncologue, un parent après recherche sur Internet...).

3-Il ne s'agit pas alors de « préannonces » mais de véritables « annonces initiales partielles ».

4-Ces annonces initiales partielles sont complexes car réalisées à un moment où les données qui s'accumulent sont déjà suffisantes pour évoquer un diagnostic très probable, mais insuffisantes pour établir un pronostic avéré.

5-Ces annonces initiales partielles doivent cependant s'inscrire dans le cadre de la loi n° 2002-303, en particulier en ce qui concerne les droits des malades (information, consentement aux soins, décision médicale partagée, accès au dossier médical, respect du secret médical, de la dignité et de l'intimité, des mandats en matière de santé, de réparation du risque, de l'accès aux soins palliatifs...).

6-Elles doivent être adaptées au patient concerné (à son âge, à sa culture, à ses représentations de la maladie, à son mode de vie, à son type de pathologie...).

7-Elles doivent tenir compte des incertitudes qui persistent à ce stade et informer sur ces incertitudes (préserver un « coin de ciel bleu »).

8-Elles doivent d'emblée tenir compte des possibilités locorégionales d'accès aux soins et d'aides socio-familiales.

9-Il est préférable, sauf urgence, de différer une telle annonce plutôt que de la bâcler si les conditions pratiques ne s'y prêtent pas.

10-L'entraînement par la simulation de ces situations complexes représente un outil performant pour toutes les catégories de personnels de santé susceptibles d'être confrontés à de telles situations.

➤ Pour approfondir :

- Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad and difficult news in medicine.
- Lancet, 2004 ; 363: 312-19
- Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut National du Cancer & La Ligue

Contre le cancer, Mesure 40 du plan cancer, 2005 / 2006, consultable sur www.e-cancer.fr.

- Kissane D.W., Bylund C.L., Banerjee S.C., Bialer P.A., Levin T.T., Maloney E.K., and D'Agostino T.A. Communication Skills Training for Oncology Professionals. *Journal Of Clinical Oncology*. 2012 ; 30,11 : 1242- 1247.

4-Abstention et acharnement thérapeutique.

Cette double thématique est importante du fait des conséquences possibles sur la personne concernée et sur son entourage.

L'acharnement thérapeutique se définit comme une obstination déraisonnable qui a fait parler de traitement futile (disproportionné par rapport au bénéfice recherché).

Tout soignant doit prendre en compte la personne dans sa globalité et arrêter le traitement instauré si sa poursuite est une obstination déraisonnable (cf. Loi du 22 avril 2005 dite Loi Léonetti relative aux droits des malades et la fin de vie), et seulement après avoir fait la balance entre bénéfice et risque. (cf. notions de risque inutile et perte de chance à la recommandation sur le concept de risque).

Cet arrêt de traitement peut être fait à la demande du patient, s'il en est capable, et le soignant doit l'écouter, lui expliquer les conséquences de l'arrêt de son traitement, et lui donner du temps pour y réfléchir s'il n'y a pas de notion d'urgence. Si le patient confirme sa demande d'arrêt de traitement, le soignant doit accéder à sa demande.

Si le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, c'est l'équipe soignante, avec la personne de confiance désignée (qui est consultative et non exécutive), si elle est connue, et avec la famille qui conviennent de l'attitude à adopter si des directives anticipées n'ont pas été rédigées au préalable.

Il va de soi que le soignant ne doit pas arrêter les soins prodigués à son patient, ce qui serait une atteinte à sa dignité (cf. articles 1110-5 et 1110-10 du Code de la Santé Publique).

Le texte de loi n° 486 adopté en session ordinaire du 17 mars 2015 en première lecture par l'Assemblée Nationale renforce la Loi Léonetti en « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » notamment la sédation profonde dans l'article 3 en faisant référence à l'article 1110-10. Il existe également un rappel sur les directives anticipées dans l'article 8 et sur la personne de confiance dans l'article 9.

- Cadre juridique :

Article 37 du code de déontologie médicale (article R.4127-37 du code de la santé publique) :
« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. »

- Commentaires de l'ordre des médecins :

Tout d'abord la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 « relative aux droits des malades et à la fin de vie », issue d'une proposition de loi déposée sur la base des travaux de la « mission

parlementaire sur l'accompagnement de la fin de vie » présidée par le député Jean Leonetti, médecin. Cette loi modifie le code de la santé publique en y insérant les articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1110-5-3. Elle a essentiellement pour objet d'interdire l'acharnement thérapeutique et de renforcer les droits et l'autonomie de la personne malade. Elle incite à généraliser les soins palliatifs et un accompagnement.

Ensuite la loi n°2016-87 du 2 février 2016 « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » et qui fait suite aux travaux de la mission confiée en juin 2014 par le Premier ministre à MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, députés, de proposer des aménagements à la loi susmentionnée sur la fin de vie. Cette loi complète les dispositions des articles L. 1110-5 et suivants du code de la santé publique, issues de la loi du 22 avril 2005, par des dispositions qui renforcent le respect dû à la volonté exprimée par la personne, le cas échéant dans des directives anticipées, et permettent dans certaines conditions une sédation profonde et continue.

Les articles R. 4127-36 et R. 4127-37 du code de la santé publique ont été modifiés en conséquence, en particulier par l'adjonction des articles R. 4127-37-1, -2, -3 et -4.

Les règles pénales n'ont pas été modifiées.

Le médecin doit montrer au patient qu'il reconnaît la réalité de sa souffrance, et entend son passé douloureux. Il donne au patient toutes les précisions qu'il demande, ses causes et leurs conséquences, dans un langage clair et adapté à son niveau de compréhension (article R. 4127-35).

« *Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* » (article L. 1110-9 du code de la santé publique). L'article L. 1110-10 du code de la santé publique définit les soins palliatifs comme étant « *des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* ».

L'article R. 4127-38 du code de la santé publique affirme que le médecin « ne doit pas provoquer délibérément la mort ». Si le patient est conscient, il doit recevoir des explications claires sur le traitement et ses risques.

Article L. 1110-5 du code de la santé publique : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre.

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ».

Article L. 1111-4 du code de la santé publique : Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical (...) ».

➤ Pour approfondir :

- HAS. La personne de confiance. Avril 2016. Consultable sur has-sante.fr.
- HAS. Directives anticipées concernant les situations de fin de vie. Guide pour le grand public. Octobre 2016. Consultable sur has-sante.fr.
- Directives anticipées. *J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie*. Consultable sur solidarites-sante.gouv.fr (avec modèles de directives anticipées et de désignation d'une personne de confiance)
- textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

5-Agressivité.

L'agressivité est, malheureusement, courante, qu'elle vienne des patients ou du personnel soignant ou administratif. Cette agressivité peut être physique ou, le plus souvent, verbale.

Gérer l'agressivité n'est pas simple puisque cela dépend de la personne agressive mais, surtout, de la personne qui se sent agressée.

L'agressivité est un élément fondamental de la communication, une pulsion de la vie. Elle ne peut pas être éliminée mais contenue et il faut éviter tant que faire se peut le passage à la violence.

L'agressivité est souvent reconnue comme un élément constitutif du « burn Out » des soignants à qui elle nuit.

En tout état de cause, l'agressivité est due essentiellement à une frustration ressentie pouvant avoir comme cause par exemple le refus de soins, des troubles du comportement, des douleurs, une addiction, une pathologie sous-jacente, un événement ressenti comme une dysfonction ou une injustice, ou tout simplement l'agressivité pour l'agressivité.

La personne agressive exprime une frustration à certains besoins non reconnus (le besoin de territoire, le besoin de communiquer, celui de dignité, de sécurité, d'autonomie, d'identité et de conscience de soi, de confort, de compréhension, de propriété, le besoin d'avoir le temps). Le non-respect d'un de ces besoins, ou la difficulté de l'exprimer, peut déclencher un réflexe d'agressivité par frustration induite.

Pour faire face à l'agressivité, il faut tout d'abord faire baisser la charge émotionnelle et contenir l'agresseur en désamorçant la situation, en expliquant par exemple que l'on comprend ce qu'il ressent, en reformulant des paroles agressives prononcées, en reconnaissant que l'on a compris la demande de l'agresseur...

Néanmoins, il arrive que la charge agressive soit telle que l'agressé ne puisse faire face. Il faut alors demander le renfort d'une ou plusieurs tierces personnes soit pour maîtriser la situation par le dialogue, soit pour contenir physiquement l'agresseur qui peut passer à l'acte de violence physique, mettant en danger la personne qui lui fait face et se mettant également en danger. Le recours aux forces de l'ordre peut également devenir nécessaire lorsque l'on a le sentiment d'avoir épuisé toute négociation...

➤ Pour approfondir :

- Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio. Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS, Genève. 2002, 404 p.
- Ladhari N., Fontana L., Faict T.W., Gabrillargues D., Millot-Theis B., Schoeffler C., Blanc F., Gharbi R., Catilina P., Chamoux A. Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Arch. mal. prof., 2004, 65, n° 7-8, 557-563
- Nowak S. L'éthique des professions de santé à l'épreuve de la violence dans les relations interdisciplinaires. Éthique et santé (2010) 7, 102—107

- Ministère de l'Intérieur. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé, Novembre 2011. Conception et réalisation DICOM
- Rengadea C.-E., Willardb M. Gestion comportementale de l'agressivité : un cas Clinique. Journal de thérapie comportementale et cognitive (2009) 19, 97—101
- Lelièvre N. Violence dans les soins : jusqu'où ? Quelles réponses juridiques. Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2012) 13, 40—43
- Agneray F. Penser le sentiment d'insécurité dans le soin : éclairage psychopathologique et clinique. Éthique et santé (2013) 10, 137—143
- Benlahoues D., Terrat E., Souranonh B. La violence à l'hôpital [dossier]. AIDE SOIGNANTE 2013 ; (144) : 9-18.
- Bourgeois F. Agir dans une situation d'agressivité et de violence. AIDE SOIGNANTE 2015 ; (168) : 28-30.

6-Burn Out (syndrome d'épuisement professionnel).

L'épuisement professionnel touche tous les corps de métiers mais le personnel soignant qu'il soit libéral, hospitalier ou privé, est particulièrement touché, notamment les médecins (taux deux à trois fois supérieur au taux moyen de la population française).

De nombreuses références existent dans la littérature. Il en est tiré trois niveaux de réflexion : le constat, le traitement et la prévention.

Définition du Burn-Out : Plus de 50 définitions du burn-out dans la littérature scientifique !
La plus consensuelle :

« Le burn-out est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus 'normaux'. Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de stress dépassé (distress), d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements dysfonctionnels au travail. Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle...» [Schaufeli et Enzmann, 1998]

Critères diagnostics du syndrome de burn-out (BOS) :

1. Cliniques : Processus d'épuisement progressif avec chute des performances et symptômes de stress facultatifs.
2. Facteurs environnementaux: Facteurs de stress induisant un surmenage en rapport avec la course à la performance et au succès dans la société.
3. Facteurs individuels : Fragilité en rapport avec les renforçateurs du stress (excès d'ambition personnelle).

De nombreuses échelles et questionnaires de dépistage existent (cf Maslash Burn out Inventory) pour évaluer ou s'auto-évaluer. Mais il est vrai qu'il faut souvent qu'il existe des signes objectifs pour que l'on se remette en question et que l'on commence à entrevoir le spectre de l'épuisement professionnel.

Diagnostic différentiel :

Troubles somatiques (Anémies, Carence en fer, Hypothyroïdie, Diabète, Insuffisance surrénalienne, Insuffisance cardiaque, BPCO, Insuffisance rénale, Borréliose, HIV, Tuberculose, Tumeurs malignes, lymphomes, leucémies, Maladies inflammatoires systémiques, Maladies dégénératives du SNC, Syndrome d'apnées du sommeil obstructif, Syndrome des jambes sans repos, Effets indésirables médicamenteux...)

Troubles psychosomatiques / psychiatriques (Syndrome de fatigue chronique, Troubles du sommeil, Neurasthénie, Troubles somatoformes, Dépressions, Anxiété généralisée, Syndrome de stress post traumatique, Troubles d'alimentation, Abus d'alcool, de tranquillisants)...

Son évolution se fait classiquement en 4 phases :

1. la phase d'alarme : le stress persistant cause l'apparition de réactions caractéristiques indiquant la présence de stressseurs ;
2. la phase de résistance : les stressseurs persistent malgré la disparition physique des réactions caractéristiques de la phase d'alarme, le métabolisme s'adapte à la situation et le corps devient plus résistant ;
3. la phase de rupture : l'exposition continue aux stressseurs crée une rupture entraînant la réapparition des réactions caractéristiques de la phase d'alarme tout en les rendant irréversibles sans traitement approprié;
4. la phase d'épuisement : les défenses psychologiques du patient sont dérégées, il se rend donc émotionnellement invalide et vit dans une perpétuelle angoisse.

Les causes de l'épuisement professionnel des soignants sont nombreuses :

Ses causes :

- 1-exigences du travail;
- 2- exigences émotionnelles;
- 3- manque d'autonomie et de marges de manœuvre;
- 4- manque de soutien social et de reconnaissance au travail;
- 5- conflits de valeurs;
- 6- insécurité de l'emploi et au travail.
 - surmenage dû à un surcroit de travail ;
 - les soignants et surtout les médecins ne savent pas dire « non » ;
 - désorganisation par manque de temps ;
 - manque de personnel pallié par plus d'heures effectuées ;
 - évolution de la société ;
 - ignorance volontaire ou non de ses propres limites ;
 - valorisation /dévalorisation des personnes ;
 - valorisation / dévalorisation de moyens ;
 - problèmes personnels...

Se pose le problème de la prise en charge et du traitement de cet épuisement professionnel, d'une part parce que ces personnes font partie du personnel soignant donc « plus difficiles » à soigner, d'autre part parce qu'il est également difficile de reconnaître qu'on est en « burn out », et que l'entourage professionnel, même s'il en voit les signes, ne peut intervenir que difficilement sur un collègue ou un supérieur...

Prise en charge :

Formes sévères avérées :

Eloignement du travail (mais risque de difficultés au retour)
 Antidépresseurs (ISRS) ☐ tranquillisants (anxiolytiques, hypnotiques...)
 Psychothérapies de reconstruction émotionnelle et de l'estime de soi, TCC... Hypnose...

Reconnaissance sociale :

Le Burn-Out ne figure ni dans la liste des maladies professionnelles de la CNAM, ni dans DMS V, ni CIM 10 (Z73.0 Surmenage et Z73.0X-001 Etat d'épuisement).

La 'dépression d'épuisement' peut être reconnue comme maladie professionnelle « hors tableau » par les CRRMP (Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles), art. 27 de la Loi 2015-994 et Décret n° 2016-756.

Propositions de la Mayo clinic (Shanafelt and Noseworthy 2016) :

- 1- Reconnaissance et l'évaluation des problèmes;
- 2- Identification et la reconnaissance des comportements des leaders de nature à augmenter ou diminuer l'épuisement de leurs staffs;
- 3- Adoption d'une approche systémique pour développer des interventions ciblées (améliorer l'efficacité et réduire « l'administratif »);
- 4- Collaboration et l'esprit d'équipe (voire communautaire) au travail;
- 5- Recours aux incitations (objectifs) et gratifications;
- 6- Evaluation des actions en regard des valeurs et de la mission de l'organisation;
- 7- Mise en œuvre de pratiques et de politiques organisationnelles favorisant la flexibilité et l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle;
- 8- Disponibilité de ressources suffisantes permettant de promouvoir l'autogestion des personnels de santé;
- 9- Analyse organisationnelle ou étude des facteurs qui contribuent aux problèmes et investissements nécessaires pour mettre en œuvre les solutions.

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins Rhône-Alpes, les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la région et l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins de Rhône-Alpes ont mis en place un dispositif d'aide et d'accompagnement aux médecins en difficulté qui s'appelle Réseau ASRA – Aide aux Soignants de Rhône-Alpes. (Téléphone : 0805 62 01 33 / contact@reseau-asra.fr / www.reseau-asra.fr). Ce dispositif est complémentaire, au niveau régional, de structures nationales existantes qui sont l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, en Ile-de-France (Téléphone : 0826 004 580 / aapml@wanadoo.fr), plus centrée sur le surmenage professionnel.

➤ Pour approfondir :

- Canoui P., Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 2001, Masson, Paris
- Nasse P. et Légeron P., « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risque psychosociaux au travail », 2008, Paris, La Documentation française
- Doppia MA1, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T; comité de pilotage de l'enquête SESMAT. Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study)]. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2011 ; 30(11):782-94.
- Gollac M., « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser ». Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales, Paris, 2011.
- Olié J.-P., Légeron P. (rapporteurs). Le burn-out. Rapport à Académie Nationale de Médecine. Paris, 23 février 2016. Consultable sur : www.academie-medecine.fr

- Shanafelt T., M.D., director of Mayo Clinic's Program on Physician Well-being, and Noseworthy J., M.D., president and CEO, Mayo Clinic, offer the nine-point plan in the current issue of Mayo Clinic Proceedings (Nov 2016).

7-Conflit d'intérêt.

Selon Trudo Lemmens, bioéthicien au Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto, un conflit d'intérêt se produit lorsque le jugement professionnel quant à un intérêt premier, comme une recherche ou les soins aux patients, peut être indûment influencé par un intérêt secondaire, comme un gain financier ou le prestige personnel. Les stratégies pour faire face à ces situations incluent la divulgation du conflit, l'établissement d'un système d'examen et d'autorisation, et l'interdiction des activités qui conduisent au conflit.

Le concept de conflit d'intérêts est maintenant bien encadré par les différents textes législatifs publiés depuis 2011 et communiqués.

A la notion de conflit d'intérêts s'est substituée celle de déclaration d'intérêts obligatoire pour tous les personnels de santé en lien avec l'industrie des produits sanitaires. Ces déclarations sont maintenant accessibles sur le site « transparence-sante.gouv.fr ».

Ces déclarations intéressent essentiellement les intérêts directs ou indirects mais ne concernent pas les problèmes de notoriété qui sont discutés lors de la séance.

La base de données publique Transparence – Santé (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé)

La base de données publique Transparence - Santé rend accessible l'ensemble des informations déclarées par les entreprises sur les liens d'intérêts qu'elles entretiennent avec les acteurs du secteur de la santé. Pilotée par le Ministère des Solidarités et de la Santé, cette initiative de transparence vise à préserver la nécessaire relation de confiance entre les citoyens, les usagers et les multiples acteurs du système de santé.

La transparence représente une condition indispensable pour préserver la confiance :

La loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé garantit l'indépendance et l'impartialité des décisions prises en matière de santé. Elle impose la transparence des liens entre les industries de santé et les autres acteurs du champ de la santé, professionnels de santé, étudiants, sociétés savantes, associations, médias, etc.

Lien d'intérêts ne signifie pas conflit d'intérêts. Pour développer leurs produits, les entreprises sont amenées à nouer des relations avec des experts, des journalistes et des acteurs publics. Il faut bien entendu conserver et développer cette complémentarité, qui fait avancer la science et permet le progrès thérapeutique.

Mais il faut que ces liens soient connus de tous et accessibles aisément.

En révélant l'existence de ces liens, la base de données publique « Transparence - Santé » permet à chaque internaute, à chaque citoyen, d'apprécier en toute objectivité la nature des relations qui lient les industries de santé aux autres parties prenantes du secteur.

« Conventions », « avantages » et « rémunérations » : trois types de liens d'intérêts

Les relations entre les entreprises et ces acteurs peuvent prendre la forme d'accords (appelés « conventions »), d'avantages (« en nature » ou « en espèce ») ou encore de rémunérations.

Les conventions entre les entreprises et les acteurs de la santé sont des accords impliquant des obligations de part et d'autre. Il s'agit, par exemple, de la participation à un congrès en tant qu'orateur (obligation remplie par le professionnel), avec prise en charge du transport et de l'hébergement (obligation remplie par l'entreprise). Les conventions peuvent aussi avoir pour objet une activité de recherche ou des essais cliniques sur un produit de santé, la participation à un congrès scientifique, une action de formation, etc.

Les avantages pris en compte dans la base de données Transparence - Santé recouvrent tout ce qui est alloué ou versé sans contrepartie par une entreprise à un acteur de la santé (don de matériel, repas, transport, hébergement, etc.).

Les rémunérations sont les sommes versées par les entreprises à un acteur de la santé (professionnel de santé ou personne morale) en contrepartie de la réalisation d'un travail ou d'une prestation.

Ces trois types de liens d'intérêts sont clairement distingués dans la base de données Transparence - Santé.

Pour des raisons techniques, les données relatives aux rémunérations versées avant le 31 décembre 2016 sont disponibles soit dans l'onglet "avantage" soit dans l'onglet "rémunération". Les rémunérations versées après cette date seront disponibles dans l'onglet "rémunération" à compter du 1er octobre 2017.

Que contient la base de données publique Transparence - Santé ?

La base de données publique « Transparence - Santé » précise, pour chaque type de lien d'intérêts, les informations suivantes :

Pour les conventions : l'identité des parties concernées, la date de la convention, son objet précis, le montant et l'organisateur, le nom, la date et le lieu de la manifestation le cas échéant ;

Pour les avantages en nature et en espèce, directs ou indirects : l'identité des parties concernées, le montant, la nature et la date de chaque avantage dès lors que le montant de chaque avantage est supérieur ou égal à 10 euros TTC.

Pour les rémunérations : l'identité des parties, la date du versement, le montant dès lors qu'il est supérieur ou égal à 10 euros. Le cas échéant, le bénéficiaire final de la rémunération ou de l'avantage est renseigné par l'entreprise.

Les informations contenues dans la base de données publique Transparence - Santé sont issues de déclarations réalisées par les entreprises. Elles sont mises à jour sur le site deux fois par an et y restent accessibles pendant cinq ans. Les entreprises sont responsables de l'exactitude des contenus publiés.

➤ Pour approfondir :

HAS : Les textes de référence : Code de la santé publique : art. L.1451-1 et suivants et R.1451-1 et suivants, Code de la sécurité sociale : art. L.161-84 et suivants.

Le Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts définit les procédures mises en place au sein de la HAS pour garantir la transparence et une gestion rigoureuse des liens d'intérêts. Il a été réactualisé en 2013. Une charte de déontologie précise les obligations déontologiques qui s'imposent à l'ensemble des personnes qui apportent leur concours à la HAS, quel que soit leur statut, fonction et mission.

- Gallois P, Charpentier JM, Vallée JP, Le Noc Y. Conflits d'intérêts : nous sommes tous concernés. Médecine. 2006 ;10:456-61.
- Boissel JP. Conflits d'intérêts (1) : pas seulement financiers. Médecine. 2006 ;10:468-71.
- Boissel JP. Conflits d'intérêts (2) : acteurs et processus. Médecine. 2007 ;1:34-7.
- Janvier J., Raoult D., Camoin L. et Le Coz P. , « Le conflit d'intérêts dans le milieu médical et le problème de sa définition juridique : accent sur le débat français », Éthique publique [En ligne], vol. 16, n° 2 | 2014, mis en ligne le 12 mai 2015
- « Liens et conflits d'intérêts: quelle (in)dépendance professionnelle? Enjeux de formation des professionnels de santé». Actes de la journée d'étude et d'échanges. Faculté de Médecine de Brest –26 septembre 2017. Consultable sur : ereral.fr/uploads/ressources/6222/Le_LIEEN_16_Décembre_2017

8-Décision médicale partagée.

Définition :

La décision médicale partagée (DMP) représente le processus relationnel actif mis en œuvre pour aboutir à un accord librement consenti aux soins, accord établi entre le patient et le soignant.

Dans son travail sur la DMP, la Haute autorité de Santé en donne, en octobre 2013, la définition suivante (https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medecale_partagee_mel_vd.pdf) :

... La « décision médicale partagée » est un concept qui se développe depuis les années 1990 aussi bien en France que dans les pays anglo-saxons.

Traduites de l'anglais « shared decision making », les expressions françaises « décision médicale partagée », « prise de décision partagée » ou « processus de décision partagé » désignent un modèle de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un médecin ou, plus largement, entre un professionnel de santé et un patient, que sont l'échange de l'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient.

Ainsi, ce concept décrit le processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée...

Pour simplifier, ce processus repose sur 4 étapes essentielles :

1. Echange, guidé par le soignant, des informations utiles indispensables à l'analyse de la situation en cause.
2. Sélection, avec le patient, des objectifs de soin à partir des souhaits, représentations et préférences en cause.
3. Proposition, par le soignant, des différentes options de soin possibles.
4. Choix d'une option de soin par, le patient, avec le soignant, dans un respect mutuel.

La création, par le soignant, d'un climat de confiance, s'il s'agit d'une première rencontre, est essentielle. S'il ne s'agit pas d'une première rencontre on peut supposer que la confiance a été établie. Dans tous les cas la confiance peut être renforcée en posant la question : « souhaitez-vous que nous prenions un second avis auprès d'un confrère ? »...

Chez la personne âgée :

Les situations les plus difficiles pour les gériatres :

1. Limitation et arrêt de traitement
2. L'abstention thérapeutique

3. Ne pas explorer une étiologie curable car le patient est en trop mauvais état général pour supporter le traitement
4. Refus de soin : Ne pas pouvoir appliquer une décision justifiée sur le plan médical mais que le patient refuse
5. Les traitements à hauts risques d'effets secondaires
6. La gestion de la famille dans deux directions : la demande d'arrêt de traitement ou l'acharnement avec une présence forte de l'entourage
7. La date de sortie d'hospitalisation : précipiter la sortie ou la différer
8. Pour les médecins juniors, les difficultés sont liées au terrain, à la polyopathie et à la compliance, à l'automédication et à la «déprescription»
9. Dans le domaine social : les protections juridiques, le placement en maison de retraite et EHPAD, la décision de soins de suite ou d'un retour à domicile
10. Dans le domaine du bilan neuropsychologique : les limites de l'annonce d'un diagnostic de trouble cognitif chez certains patients (risque suicidaire, fragilité psychique, patient âgé qui risque d'être dépossédé de ses choix. . .)
11. Explorer les différences de représentations sociales et culturelles (maladie, espérance de vie, temps, objectifs thérapeutiques...)

Recommandations :

1-La décision partagée, introduite par la loi n°2002-303, est une obligation liée au droit des patients à être informés, information indispensable au consentement aux soins, consentement rendu également obligatoire par cette loi.

2-La décision partagée n'est pas applicable aux situations d'urgence mais, dans ces cas, l'information reste due rétrospectivement si c'est possible.

3-Il apparaît que la relation de confiance représente la base du partage de la décision en santé, particulièrement chez la personne âgée (les principales situations complexes sont représentées par la limitation et l'arrêt des traitements, l'abstention thérapeutique, le refus de soin, les soins à hauts risques d'effets néfastes, la gestion des proches...).

4-Cette relation de confiance ne peut être obtenue que dans le respect des personnes, et de leur dignité. L'infantilisation doit être totalement écartée de la relation de soin.

5-La décision médicale partagée chez la personne âgée emprunte les mêmes règles générales que celles applicables aux personnes plus jeunes mais elle se heurte à des difficultés spécifiques tenant au manque de données scientifiques probantes et à la variabilité physiologique et polyopathologique qui s'accroissent avec l'âge.

6-La question de la définition de la personne âgée est posée. Il apparaît que, plus qu'une définition administrative, c'est le statut physiologique de la personne qui doit être pris en compte dans la décision de soin.

7-Ce statut, devant la grande diversité physiologique observée et devant l'augmentation des risques avec l'âge, doit être apprécié selon les principes de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) orientée sur la fragilité et la vulnérabilité potentielles (particulièrement

dans les dimensions d'autonomie fonctionnelle, d'état des fonctions cognitives et de l'humeur, d'une éventuelle douleur, d'état nutritionnel, de risques iatrogènes, de réseau social possible, d'état des ressources pécuniaires, de la lourdeur imposée aux aidants...). Les représentations sociales et individuelles sollicitées doivent être explorées et confrontées. Tous ces éléments méritent de figurer dans le dossier médical des patients.

8-La décision médicale partagée doit être réalisée dans le cadre du modèle collaboratif de l'accord mutuel librement consenti (alliance thérapeutique), modèle qui présuppose la compétence mentale des personnes. La pratique de la proposition d'un second avis médical est à recommander, chaque fois que possible, pour les décisions complexes.

9-Chaque fois que possible, un délai raisonnable de réflexion doit être proposé ainsi qu'une information en présence d'un proche de confiance de la personne âgée.

10-La qualité de l'information délivrée est primordiale (elle doit impérativement être claire, loyale et adaptée).

11-La décision partagée doit tenir compte des conditions imposées par le milieu du soin, ambulatoire ou institutionnalisé.

12-La représentation du temps évolue avec l'âge. Cette représentation du temps de la personne âgée doit être prise en compte au même titre que celle des soignants. Ce point est capital pour la détermination des objectifs thérapeutiques.

13-La résistance au changement évolue également avec l'âge et doit représenter un élément important dans la recherche de l'accord librement consenti.

14-Lorsque la personne âgée concernée vit en couple, son accord pour faire participer le conjoint à la décision doit être obtenu. Il peut en être de même pour les descendants, mais leur implication affective ne doit pas faire obstacle aux préférences de la personne concernée et aux bénéfices potentiels des soins.

15-La pratique des mandats en matière de santé revêt une importance particulière ici (directives anticipées qui doivent être respectées si elles ont été définies et toujours d'actualité, avis consultatif de la personne de confiance, si elle a été désignée). Cette pratique doit être encouragée chez les personnes âgées isolées et confrontées à la solitude.

➤ Pour approfondir :

- Emanuel E.J. and Emanuel L.L. Four models of physician-patient relationship. JAMA. 1992; 267 (16) : 2221-6
- HAS. Etat des lieux. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Oct. 2013; Téléchargeable sur : hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201310/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
- Llorca G. : Guide pratique de la décision médicale. L'éthique en clinique. Med-line, Paris, 2004
- Bacache M. L'obligation d'information du médecin. Médecine & Droit. 2005 ; 3-9

- Llorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. *Médecine*, 2006 ; 2 (7) :330-333
- Safar H.S. Information du patient : recommandation de bonne pratique de l'HAS de mai 2012 et jurisprudence de référence. *Droit Déontologie & Soins*. 2012, 12 : 445–459
- Moumjid N., Carretier J., Marsico G., Blot F., Durif-Bruckert C., Chauvin F. Moving towards shared decision making in the physician-patient encounter in France: State of the art and future prospects. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG)* 2017; 123-124 : 41–45
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue 4. Art. No.: CD001431

9-Dommage associé au soin.

Avant 2002 = jurisprudence + circulaire du 6 mai 1995 : « charte du patient hospitalisé »
Loi du 4 mars 2002 « Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »
ou Loi dite « Kouchner »

Une obligation légale : Informer le patient

Un objectif : permettre au patient de participer à la décision

C'est donner au patient les moyens de prendre les décisions concernant sa santé

art. L. 1111-4 du Code de la santé publique :

« toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »

« Philosophie » la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Quelle information donner ?

état de santé, diagnostic

actes et traitements proposés (nature, utilité, degré d'urgence)

conséquences et risques de ces actes et traitements :risques fréquents ou graves
normalement prévisibles

alternatives thérapeutiques

en cas de refus de traitement, conséquences prévisibles

après prise en charge, information sur risques nouveaux (sauf impossibilité de retrouver la personne)

Ce que le patient veut savoir, et ce qu'il doit savoir...

Art. L. 1111-2 du Code de la santé publique (issu loi 4 mars 2002) et Article 35 du Code de déontologie médicale (codifié à l'art. 4127-35 du Code de la santé publique)

- Information « loyale, claire et appropriée »
- Prise en compte de la personnalité du patient
- S'assurer de sa compréhension

En cas de dommage :

Votre obligation : informer le patient en cas de dommage

Informez sur les circonstances et causes du dommage

Un délai maximum de 15 jours (après découverte dommage ou demande du patient)

Lors d'un entretien

Patient peut être accompagné par médecin ou toute autre personne

Article L 1142-4 du Code de la santé publique

« Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. »

Qui informe :

Les Médecins pour informations médicales, chacun dans son domaine

Le personnel paramédical pour :

tout ce qui relève de son activité propre (préparation, mise en œuvre prescription...)

accompagner l'information du médecin, dans le respect des compétences de chacun

A qui donner l'information ?

Au patient lui-même

Si le patient est inconscient :

A la personne de confiance si elle est désignée, ou famille, ou, à défaut, proches

Si le patient est majeur sous tutelle :

Au tuteur

A l'intéressé lui-même, en fonction de sa capacité de compréhension

Si le patient est mineur :

Aux titulaire(s) de l'autorité parentale ou au tuteur

A l'intéressé lui-même, en fonction de sa capacité de compréhension

Deux exceptions pour le mineur :

Le mineur qui peut avoir un droit au secret : Art. L. 1111-5 CSP

Si le mineur refuse expressément l'information de ses parents :

- Obligation dans un 1er temps d'essayer de le convaincre
- Si maintien de l'opposition, mise en œuvre des soins : seulement traitement ou intervention nécessaire pour sauvegarder la santé du mineur
- Accompagné par un majeur de son choix
- Même dispositif pour la mineure dans le cadre d'une IVG
- Cas du mineur émancipé

Déroghations à l'obligation :

- Urgence : information a posteriori.
- Impossibilité (inconscience, handicap mental profond...).
- Autre exception : le refus du patient d'être informé : droit à respecter (sauf si pathologie contagieuse).

si l'impossibilité est levée = obligation d'informer

Comment informer :

Entretien oral obligatoire adapté et interactif.

Dans tous les cas, nécessité de tracer dans le dossier l'information délivrée :

- c'est un gage de l'efficacité et continuité des soins ;
- c'est un début de preuve en cas de litige.

Un support écrit n'est pas juridiquement obligatoire mais fortement recommandé car, c'est :

- une aide pour le patient ;
- un élément de preuve en cas de litige...

➤ Pour approfondir :

- Bacache M. L'obligation d'information du médecin. *Médecine & Droit* 2005 (2005) : 3–9
- HAS : La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. Décembre 2010. Téléchargeable sur www.has-sante.fr
- HAS : Amélioration des pratiques. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Mars 2011. Téléchargeable sur www.has-sante.fr
- HAS : Annonce d'un dommage associé aux soins. Fiche de synthèse. Mars 2011. Téléchargeable sur www.has-sante.fr
- Safar S.H. Information du patient : recommandation de bonne pratique de l'HAS de mai 2012 et jurisprudence de référence. *Droit Déontologie & Soins*. 2012,12 : 445–459

10-Douleur et personne âgée.

Cette thématique est importante du fait de sa fréquence et de ses particularités par rapport à l'adulte jeune. Ainsi il est très important d'utiliser des échelles adaptées pour évaluer la douleur chez la personne âgée, ceci en fonction de sa capacité à exprimer ou non cette douleur.

A travers les différents documents étudiés, il est possible d'individualiser un certain nombre d'objectifs centrés sur ces différentes particularités, et pouvant représenter autant de situations potentielles :

-Reconnaissance des différents types de douleurs (excès de nociception, neuropathique, mixte ; organique ou psychogène ; inflammatoire ou mécanique ; urgente ou non...).

-Information sur la douleur (utilisation du langage analogique...).

-Évaluation de la douleur : savoir utiliser correctement les différentes échelles en choisissant en fonction de l'intention (qualitative ou quantitative) et du degré de communication possible (auto ou hétéro-évaluation), suivi évolutif de la douleur...

-Reconnaissance et prise en charge de la douleur à expression atypique liée à l'âge (dépression, agressivité, agitation, déambulation...).

-Reconnaissance et prise en charge de la douleur en fonction de l'état cognitif (confusion aiguë, démence...).

-Reconnaissance et prise en charge de la douleur réfractaire (récidivante, chronique résistante, addiction, douleur psychogène...).

-Proposer les thérapeutiques (médicamenteuses et non médicamenteuses) les mieux adaptées.

-Communiquer sur la douleur avec les aidants, la famille...

-Prise en charge de la douleur en fin de vie (questions de l'acharnement thérapeutique, de la limitation thérapeutique, des directives anticipées, du refus de soin...).

-Atténuation des douleurs lors des gestes courants (ponctions articulaires, ponction veineuse, soins cutanés d'escarres...).

➤ Pour approfondir :

- Actes du Colloque du 24 mars 2005 : Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. La Revue de Gériatrie. 2005 ; 30 : 1-41
- Alberola E., Maresca B. La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile. Études et Résultats. 2007, 566 :1-8

- Mazzocato C., David S., Pereira J. L'évaluation de la douleur. Guide des soins Palliatifs du médecin vaudois. Fondation Pallium. Programme cantonal de soins palliatifs. 2008, 2 : 1-23
- Rat P., Bonin-Guillaumb S. Douleur du sujet âgé et difficulté d'évaluation. Douleurs, 2008 ; 9, hors-série 1 : 2-8
- American Geriatrics Society Panel. Pharmacological management of persistent pain in older persons. JAGS, 2009;57:1331- 46
- Hazif-Thomas C., Belazreg F., Roulleaux J., Thomas P. Accueillir la douleur en psychogériatrie. Annales Médico-Psychologiques. 2009 ; 167 : 295–298
- Beroud F. Douleur et personne âgée. Douleurs Évaluation - Diagnostic – Traitement. 2010 ; 11, 258—265
- Missona L., Savoieb M.L., Aubina M., Hadjistavropoulosd T., Verreaulta R. Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée. Douleurs Évaluation - Diagnostic – Traitement. 2011 ; 12, 55—64

11-Information partagée.

- Le droit à être informé est une obligation légale.
- Le soignant a donc une obligation d'information.
- Une information claire, loyale et appropriée est indispensable pour réaliser une décision médicale partagée.
- Elle est due au patient conscient majeur, ou, à défaut, à la personne de confiance, famille ou proches, au tuteur en plus si tutelle, aux titulaires de l'autorité parentale en plus si mineur.
- Dérogations : urgence et impossibilité (inconscience, handicap mental profond...). Si l'impossibilité est levée = obligation d'informer.
- Comment : entretien oral obligatoire et nécessité de tracer dans le dossier l'information délivrée.
- En cas de dommage, le délai maximum est de 15 jours (après découverte dommage ou demande du patient) et lors d'un entretien.
- Quoi : ce que le malade veut savoir, et... doit savoir !

3-Elaboration de propositions protocolaires :

A partir de ces notions résumées, les membres du comité ont noté les points suivants :

- le moment pour délivrer l'information doit être choisi.
- le contenu doit être franc, véridique... : c'est ce que le patient veut savoir et doit savoir.
- il faut que le soignant accompagne le patient dont il a la charge, en devenant pour lui la « personne ressource » (téléphone dédié, messagerie dédiée, laps de temps dédié pour être joignable...).
- il faut trouver un lieu dédié pour faire l'annonce.
- en cas d'annonce d'une mauvaise nouvelle sans erreur, le soignant peut être accompagné par un confrère ou des membres de son équipe susceptible de devenir les personnes-relais.
- en cas d'annonce d'une mauvaise nouvelle avec dommage associé au soin, le soignant doit être en tête à tête avec le patient, ou sa famille s'il n'est pas conscient ou capable de comprendre (déficience mentale par exemple...). En milieu hospitalier son supérieur peut néanmoins l'accompagner mais en demeurant en retrait.

Ainsi, il ne faut pas :

- Annoncer les informations dans un couloir, dans une chambre de malade en présence d'un autre patient, entre deux portes...
- Annoncer par téléphone une mauvaise nouvelle...
- Donner une impression de certitude, surtout en cas de maladie chronique, quand cette certitude n'existe pas de manière scientifiquement établie, ou si le niveau de preuve est faible.
- Adopter une attitude rigide ou inflexible (s'adapter à la personne qui doit recevoir l'information par un langage approprié, une attitude bienveillante et empathique...)
- Se projeter sur le patient.

l'Article L1111-2 du code de la santé publique :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

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.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

➤ Pour approfondir :

- Llorca G. : Bases éthiques de l'information médicale. Tonic, 2003 ;105:7-9
- Routelous C. L'émergence de la figure de l'ayant droit en médecine. Quaderni, 2005 ; 57, 1 : 13 - 20

- Violla F. Évolutions récentes de la responsabilité pour défaut d'information. *Médecine & Droit* 2010 (2010) 161–170
- HAS. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Juin 2008. Consultable sur www.has-sante.fr
- HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2012. Consultable sur www.has-sante.fr
- HAS. Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique. Fiche méthodologique. Juin 2012. Consultable sur www.has-sante.fr

12-Gestion de conflit.

Le conflit entre les personnes travaillant en équipe est malheureusement courant, et peut nuire à la bonne marche de l'équipe, retentir sur l'activité et engendrer une baisse de la qualité des soins. Il peut aussi intervenir entre deux équipes, deux services...les relations sont toujours existantes mais bloquées.

Néanmoins, le conflit en équipe fait partie, en ce sens, de la communication et peut être un élément constitutif du « burn out » des soignants.

Les conflits se font à plusieurs niveaux : soit entre des personnes dans une même équipe, soit entre des personnes d'équipes différentes. De fait, lorsqu'un conflit survient, ce sont tous les membres de l'équipe ou des équipes qui sont affectées.

Il est donc important qu'il existe entre chaque membre d'une équipe une communication, des échanges de manière à désamorcer le conflit à son début. Pour cela, il faut accepter l'autre dans son ensemble et accepter également de se remettre en question. Il faut éviter de nier l'existence du conflit sous peine de l'entretenir mais il faut l'affronter pour trouver un compromis qui satisfasse les deux opposants.

Ainsi, il est nécessaire de trouver la cause réelle du conflit avant d'engager un affrontement entre les parties qui doivent s'écouter et éviter de se juger de manière à résoudre le problème à travers des propositions de solutions dont on sélectionnera la meilleure, c'est-à-dire celle qui satisfait les deux opposants, et qui sera réalisable et efficace.

➤ Pour approfondir :

- Soual P. Conflits et réconciliation dans la vie éthique selon Hegel. Revue philosophique de la France et de l'étranger. 2011 ; 4,136 : 507-526
- Ruzniewski M. Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave. 18e Journées La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? 8 & 9 décembre 2011 : 1-18. Consultable sur www.pediadol.org
- Dunand J.-P. et Tornare S. Conflits au travail Prévention, gestion, sanctions. Centre d'études des relations de travail (CERT). Schulthess Médias Juridiques Genève · Zurich · Bâle, 2015

13-Handicap.

Il est défini dans la loi n°2005-102 du 11 février 2005 (art. 114) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (article L. 114 du code de l'action sociale et des familles) :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Cette définition tient largement compte des travaux de l'OMS de 1980 et 1988 avec la distinction des catégories suivantes :

Classification OMS (1980 & 1988)	Définition	Descriptif
Déficience	Altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique	Retard mental, conscience, comportement, parole, audition...
Incapacité	Réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité	Comportement Communication Locomotion, soins corporels...
Désavantage ou Handicap	Désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal	Orientation (environnement) Dépendance d'une tierce personne Intégration sociale Dépendance économique

Tableau IV : Classification OMS des distinctions en matière de limitation fonctionnelle.

L'annonce d'un handicap, prise dans son acceptation la plus large, intéresse toutes les disciplines médicales à des niveaux divers. Elle est le plus souvent réalisée par des équipes spécialisées. Les compétences requises sont centrées sur :

1. La préparation de cette annonce ;
2. L'analyse des représentations socioculturelles spécifiquement sollicitées ;
3. L'analyse du retentissement spécifique prévisible sur le mode et la qualité de vie ;
4. La réalisation d'une annonce progressive et adaptée ;
5. L'orientation et la mise en œuvre des moyens disponibles susceptibles d'aider et de minimiser les conséquences du handicap considéré...

Les particularités rencontrées en psychiatries comportent des difficultés pratiques dans le domaine de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé qui peut engendrer des exclusions et doit être utilisée à bon escient.

La question de l'évolution péjorative des maladies chroniques soulève la question de « l'annonce en prévention du handicap » qui répond aux mêmes recommandations que celles envisagées pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle (cf. les recommandations de l'HAS de 2008)...

- Pour approfondir :
- CIRCULAIRE N°DHOS/E1/DGS/DGAS/2002/269 du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une maladie ou d'une malformation.
- Consultable sur : http://doc.intranet.sante.gouv.fr/textoffi/circulair/pages02/02_269t.htm
- Bert C. L'annonce du handicap. *mt pédiatrie*,. 2007 ; 10, 4 : 231-237
- BATIS N. L'annonce d'une déficience : quels impacts sur les parents ? ASPH 1. Publication de la Plateforme Annonce Handicap.
- Consultable sur : <http://plateformeannoncehandicap.be/IMG/pdf/Livrethandicap.pdf>
- Raballand, O. (2007) L'annonce du handicap : d'un pourquoi à un autre. *ERES Reliance*. 2007, 26 ; 54-58
- Pierard A. L'annonce du handicap. *Analyse UFAPEC*, 2014 ; 05.14 : 1-9
- CARSAT. Inaptitude, invalidité, handicap et incapacité permanente : vos droits. 2017. Consultable sur carsat-pl.fr

14-Maltraitance et bientraitance.

La maltraitance est un thème très vaste pour lequel il n'existe pas de réelle définition :

-Larousse : « Mauvais traitements envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées, etc.). »

-Petit Robert : association au sévice, qu'il soit physique ou moral.

Il existe par contre une définition donnée en 1987 par le Conseil de l'Europe : il s'agit d'une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. ».

Au niveau de la justice et du droit français, il n'y a pas de définition juridique de la maltraitance puisqu'elle est assimilée à la violence.

Si la maltraitance est ramenée à la violence, il faut faire plusieurs distinctions car cette maltraitance/violence peut être soit intentionnelle (coup, humiliation, refus d'aide à l'alimentation...) soit non-intentionnelle (soins dans l'urgence, douleur consécutive à un soin...).

Il existe également plusieurs types de maltraitance/violence :

1- Physique : coup, brûlure, contrainte physique, contention, viol, attouchements...

2-Morale et psychologique : insultes, chantage, menace, privation de sécurité, harcèlement moral, sexuel...

3-Thérapeutique : usage de « camisole chimique » non justifié, privation d'un traitement...

4- Financière : vol, détournement, signature forcée...

5- Négligence grave : placement, enfermement, contention non justifiée, privation d'aides, abandon...

6- Civique : atteinte à la liberté, aux droits fondamentaux...

En santé, la maltraitance doit être regardée également en terme de vulnérabilité, et particulièrement chez l'enfant, la personne âgée, les personnes handicapées, les étrangers...

Chez l'enfant (mort inattendue du nourrisson, syndrome du bébé secoué, maltraitance sexuelle...), le cadre juridique est lié à la Loi du 5 mars 2007 en introduisant la notion de danger, et particulièrement aux articles 375 du Code Civil et 226-14, 226-2-1 du Code Pénal ainsi qu'aux articles 43 et 44 du Code de Déontologie Médicale. Le professionnel de santé a enfin une obligation de porter assistance à personne en péril (article 223-6 du Code Pénal).

Pour les professionnels de santé, la maltraitance est souvent due à des dysfonctionnements soit au niveau de la qualité relationnelle (information – vérité, annonce mauvaise nouvelle, désaccord... ; comportement – dignité, intimité, culpabilisation du patient...), soit au niveau de la qualité technique (actes- urgences, acharnement... ; accès aux soins – vulnérabilité, disponibilité...).

Les causes invoquées à cette maltraitance sont souvent :

- les conditions de travail difficiles
- la confrontation permanente à la souffrance des patients
- la lassitude
- le manque de professionnels formés et stables
- le manque de reconnaissance
- le manque de temps
- une organisation rigide et mal adaptée
- une politique institutionnelle mal perçue
- des rapports complexes avec les patients et/ou leurs proches
- une souffrance personnelle.

De plus, il faut tenir compte de la récurrence ou non de ces actions, pour savoir si cet acte est un acte isolé ou une omission, ou bien si la répétition révèle un problème plus profond.

Il ne faut pas oublier également que les professionnels de santé, tout comme le personnel médico-administratif, sont aussi victimes d'actes de violence et donc de maltraitance de la part des patients mais également entre collègues.

La bientraitance :

La bientraitance est une attitude (des parents ou proches ou tuteurs, du personnel d'encadrement d'une structure à vocation médicale, sociale ou psychosociale), qui - au-delà d'actes matériels et affectifs, inclut à l'égard d'un individu ou d'un groupe l'autonomisation des personnes ou groupes concernés.

La Bientraitance ainsi est une attitude qui a pour particularité de partir des besoins et des désirs de l'autre dont on s'occupe et qui est en position de vulnérabilité. La Bientraitance amène donc les professionnels, et donc les institutions à s'adapter aux personnes vulnérables et non l'inverse. Cette dynamique demande donc aux institutions d'être suffisamment Claires, Cohérentes, Congruentes et Conséquentes afin de sécuriser les personnes qu'elles accueillent.

Elle repose sur cinq éléments essentiels :

- Le respect de la personne (de l'animal le cas échéant) dans sa dignité, sa singularité, ses besoins physiques et affectifs, ses rythmes et de son histoire (y compris carences affectives, blessures narcissiques, traumatisme de viol, etc...)
- Une attention portée au refus et à la non-adhésion de l'interlocuteur considéré ou du groupe considéré
- La valorisation de l'expression et de l'autonomisation des personnes ou groupes concernés
- Une démarche proactive et continue d'adaptation à l'autre, malgré les variations éventuelles du contexte
- Une volonté et des actes créant et entretenant un environnement et des conditions de vie favorisant le bien-être et l'enrichissement de la personne

Aspects législatifs :

Crimes et délits :

CP, Livre II : Des crimes et délits contre les personnes, Titre II : Des atteintes à la personne humaine.

Violences :

- violences légères : Art. R.624-1 et R.9625-1 CP
- violences plus lourdes : Art. 222-7 à 222-16 CP
- menaces de commettre un crime ou un délit : Art. 222-17 CP
- menaces de violences : Art. R.623-1 CP
- exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement quand bien même l'acte litigieux n'a occasionné aucun préjudice à la victime. : Art. 223-1 CP
- délaissement en un lieu quelconque d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique : Art. 223-3 CP
- violences habituelles commises sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse apparente ou connue de l'auteur : Art. 222-14 CP
- état de faiblesse de la victime peut également constituer une circonstance aggravante dans le cadre de la répression des violences : Art. 222-3, 222-8, 222-10 et 222-12 CP
- agressions sexuelles : Art. 222-4, 222-28 et 222-29 CP

Respect de la personne :

- Déclaration universelle des droits de l'homme (10 décembre 1948) à l'ONU.
- Déclaration des droits de l'enfant (20 novembre 1959) à l'ONU.
- Déclaration des droits des personnes handicapées (9 décembre 1975) à l'ONU[5]
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (mars 1988 puis 1999) par la Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère des Affaires Sociales.
- Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2000.
- En France : trois textes juridiques récents sont concernés :
la loi no 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
la loi no 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
la loi no 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

➤ Pour approfondir :

- De Jouvencel M., Marest M., Bourrelier M. Violences et maltraitances dans la relation de soin. Approche psychologique des concepts de violence et de maltraitance. J. Réadapt. Méd. 2007 ;27, 2-3 : 47-49

- ANESME (Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. 2008. Téléchargeable sur www.ansm.sante.gouv.fr
- Compagnon C. et Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etudes sur la base de témoignages. Rapport à l'HAS, 2009. Téléchargeable sur www.has-sante.fr
- HAS. Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte. 2012. Téléchargeable sur www.has-sante.fr
- Lelièvre N. Violence dans les soins : jusqu'où ? Quelles réponses juridiques. Douleurs Évaluation - Diagnostic – Traitement. 2012 ; 13, 40—43
- Benarous X., Consoli A., Raffin M., Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (2014) 62, 299—312
- Benarous X., Consoli A., Raffin M., Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (2014) 62, 313—325

15-Refus de soin.

1-Définition :

Situation où le soin de santé ne peut plus être correctement assuré dans le cadre de la relation de soin trilogique. Le refus peut donc être le fait du soignant, de la collectivité ou du soigné.

2-Cadre juridique :

- Article 223-6 du code pénal : L'omission de porter secours : " Sera puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. "
- Articles 223-3 et 223-4 du code pénal : Le délaissement d'une personne hors d'état de se protéger: " le délaissement en un lieu quelconque d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son état physique ou psychique est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende. "
- Article 7 du code de déontologie médicale codifié dans les articles R.4127-1 à R.4127-12 du code de la santé publique : Le consentement du patient : " La volonté du patient doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent, sauf urgence ou impossibilité, être prévenus et informés. "
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 consacre les droits des patients et la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 dispose des conditions relatives à la fin de vie.

3-Le consentement :

- Le consentement repose sur une information claire, loyale, appropriée au malade, à sa maladie et au traitement, progressive et évolutive.
- Devoir déontologique (art 35 du C.D.M.)
- Devoir civil (art 16.3 du Code Civil), la loi du 4 mars 2002 renforce encore cette obligation légale (art L 1111.2 du C.S.P.)
- Il s'impose à tout professionnel de santé et pour tout acte médical, sauf urgence ou impossibilité d'informer, et dans le respect des règles professionnelles.

4-Les refus de soin illégaux et inacceptables :

4.1- Liés au soignant :

- Refus explicites/directs
 - Refus de se déplacer / d'agir face à une situation d'urgence, ou redirection vers le 15.
 - Refus de recevoir un patient (discrimination : art. L. 1110-3 du Code de la santé publique).
 - Patient ayant obtenu une consultation mais :
 - ☒ Refus de prescrire un médicament ou de proposer un traitement nécessaire et adapté.
 - ☒ Refus de poursuivre la prise en charge sans assurer la continuité des soins.

- Refus implicites/indirects
 - Refus lié à la personne ou à l'activité du soignant.
 - Refus de diriger vers un confrère compétent ou un autre professionnel de santé ayant la compétence requise.
 - Utilisation consciente de traitements inefficaces et illusoirs.
 - Dispensation de soins de mauvaise qualité.
 - Acceptation d'un patient dans des conditions différentes du reste de la patientèle (« oui réduit »)
 - Délais d'attente prohibitifs.
 - Refus de moyens de paiement.
 - Absence du dispositif carte vitale conduisant à un renoncement aux soins du patient.
 - Refus de coopérer à la permanence de l'accès aux soins / de l'accès aux médicaments.
 - Offre de soins dissuasive.
 - Refus lié à l'orientation sexuelle du patient.
 - Refus de prendre la qualité de médecin traitant.

4.2- Liés à la collectivité :

- L'Etat (obligation de moyens)
- Les établissements de santé :
 - Refus explicites/directs
 - Refus d'accueillir un malade, discrimination.
 - Impossibilité de fournir un professionnel aux compétences adéquates et d'assurer le transfert dans un autre établissement.
 - Refus de prolonger le séjour d'un patient au sein d'un service ou d'un établissement pour des raisons organisationnelles alors que son état le justifierait.
 - Refus de soigner la douleur d'un patient.
 - Refus implicites/indirects
 - Délais d'attente prohibitifs (admission différée dans un établissement de santé, rendez-vous accordé avec plusieurs mois d'attente).
 - Refus de moyens de paiement.
 - Absence du dispositif carte vitale conduisant à un renoncement aux soins du patient.
 - Exigences administratives abusives.
 - Tentative de découragement via des questions administratives complexes (par exemple sur la caisse d'affiliation).
 - Refus de coopérer à la permanence de l'accès aux soins / de l'accès aux médicaments.
 - Offre de soins dissuasive, insuffisante.
 - Refus d'accepter le patient dans le service adéquat.
 - Refus lié à l'orientation sexuelle du patient.
- L'article R. 1112-12 du Code de la santé publique dispose qu' « En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'agence régionale de santé ».

4.3- Liés au soigné :

Analyser le refus (« pour exister ou pour disparaître » ?).

- Lié à son comportement.
- Lié à sa situation économique.
- Lié à sa condition sociale.
- Lié à ses croyances.
- Lié à son état de santé.

3

5-Les refus de soin licites :

- Art. R 4127-47 du Code de la santé publique prévoit 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 avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »
 - Art. R. 4127-70 du Code de la santé publique dispose quant à lui que « Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.»
 - Art. L1110-5 alinéa 1 du Code de la Santé publique « les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir [au patient] de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté »
 - Tout médecin peut, en application des articles L. 2123-1, L. 2212-8, et R. 4127-18 du Code de la santé publique, en invoquant sa clause de conscience, refuser de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ou une stérilisation à visée contraceptive.
-
- Rapport du Conseil d'Etat (lecture du 26 octobre 2001) : "L'obligation pour le médecin de sauver la vie ne prévaut pas de manière générale sur celle de respecter la volonté du malade.

Toutefois ne commet pas de faute de nature à engager la responsabilité du service public le médecin qui, quel que soit son obligation de respecter la volonté de son patient fondée sur des convictions religieuses, a choisi, compte tenu de la situation extrême dans laquelle celui-ci se trouvait, dans le seul but de tenter de le sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état".

6-Les obligations :

1. Le soin est un droit.
2. Tout soin nécessite un consentement libre et éclairé du soigné, le consentement peut être retiré à tout moment.

3. La décision de soin est prise par le soigné avec le professionnel de santé.
4. Le refus de soin doit être respecté.
5. L'information claire, loyale et appropriée sur les conséquences du refus de soin doit être donnée au soigné. Un délai de réflexion suffisant doit être respecté.
6. En dépit du refus de soin, la continuité des soins doit être assurée par le soignant.
7. Un refus de soin est toujours, et à tout moment, révoquant.
8. L'information donnée doit être tracée dans le dossier médical du patient.

Les dérogations :

- L'urgence.
- Incompétence du soignant.
- Clause de conscience du soignant.
- Vaccinations obligatoires...

Les principales difficultés :

- Le mineur.
- L'incapable mental.
- Le malade mental.
- La fin de vie.
- La grève de la faim.
- La prévention à risque.
- Le témoin de Jéhovah.
- Le SIDA, l'IVG...

7-En résumé :

1. Analyse d'intention (regret/remords ; satisfaction/soulagement)
2. Pas d'urgence vitale: respect du refus de soins avec une information documentée du patient
3. En cas d'urgence vitale:
 - possibilité de passer outre le refus sous certaines réserves;
 - respect du refus mais, là aussi, entouré d'un maximum de précautions afin de pouvoir garantir la qualité de l'information délivrée.
4. Erreurs à ne pas commettre :
 - Examiner ou tenter d'examiner contre volonté tout patient refusant les soins;
 - Ne pas délivrer d'ordonnances nécessaires aux soins d'un patient sous prétexte qu'il refuse les soins ou l'hospitalisation;
 - Oublier de rédiger une observation écrite (Aménager la charge de la preuve conformément à l'article 1315 du Code civil, c'est actuellement au demandeur à l'action visant à sanctionner une discrimination de prouver que la prestation de soins lui a été refusée en fonction d'un critère discriminatoire, c'est-à-dire un critère visé par l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique..).

➤ Pour approfondir :

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Charte de la personne hospitalisée. Editions Sicom - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé. Avril 2006.
- Charte de la personne âgée et dépendante. Fondation Nationale de Gérontologie. Février 2007. Téléchargeable sur www.solidarites-sante.gouv.fr
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- Benhida C., Gaudillère C., Pourquier A.-L., Abadou Y., Coutarel E. Dossier : « La laïcité à l'hôpital public ». Liberté de religion et droits des patients. Droit Déontologie & Soins. 2011 ; 11 : 173–176
- Vallet F., Rhondalib W., Filbet M. Quels repères face au refus de soins. . . en fin de vie ? Médecine palliative — Soins de support — Accompagnement — Éthique. 2012 ; 11 : 181-188
- HAS : Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la “ décision médicale partagée”. 2013. Téléchargeable sur WWW.has-sante.fr
- Zouitina N., Rolland B., Wilquin M., Thevenon C., Desmarais P., Thomas P., Cottencin O. Les soins ordonnés par la Justice en France : principes des procédures et place du médecin. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2013 ; 61 : 269–275

16-Risque.

L'information en matière de risque est un droit des patients et une obligation des soignants (loi 2002-303 et ultérieures, Art. L1111-2 du Code de la santé publique, cf. infra).

Définitions :

- Danger éventuel plus ou moins prévisible. Éventualité d'un événement futur, incertain ou d'un terme indéterminé, ne dépendant pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer la perte d'un objet ou tout autre dommage` (d'après le Dictionnaire Robert).
- Danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité. (D'après le CNTRL, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)
- Le risque est connu au préalable. L'exposition au risque résulte donc souvent d'une démarche consciente, appelée prise de risque. En ce sens le risque se distingue de l'aléa qui survient en général de façon imprévue.
- Le risque peut être qualifié d'incident ou d'accident selon sa gravité et se distingue du danger qui suppose la possibilité d'un dommage particulièrement grave (par exemple la mort).
- En condition de soin on parle d'effets indésirables (EI), éventuellement sévères (EIS)

Principaux facteurs qui conditionnent le risque en santé :

- L'âge
- Le sexe
- La pathologie (degré d'urgence et de gravité)
- Les comorbidités
- Le mode de vie
- La constitution génétique
- L'espérance de vie
- Le temps
- Le niveau de preuve des données scientifiques
- L'approche collective versus individuelle
- La compétence des soignants
- Le contexte local

Principaux facteurs qui conditionnent la compréhension du risque en santé :

- Le niveau de compréhension et les conditions de mémorisation d'une information
- Le mode de présentation de l'expression du risque
- L'environnement socioculturel et économique
- La tendance générale psychologique individuelle (optimisme versus pessimisme)
- Les représentations sociales de la vie, de l'avenir, de la médecine, de la maladie, du soin...
- Le niveau de confiance de la relation de soin
- L'adhésion au modèle de la décision partagée
- L'accompagnement par un tiers

- La possibilité de se référer à un document ou à une personne référente
- Le temps consacré à l'information

10 Recommandations pratiques :

1-L'information sur le risque en santé, en dehors des situations d'urgence, est une obligation légale et un devoir déontologique pour les soignants.

2-La relation de confiance apparaît comme un élément fondamental qui conditionne l'information sur le risque. Toute confrontation ou reproche doivent être évités.

3-L'approche de la notion de risque peut être modélisée lorsqu'elle concerne une population donnée. Elle est plus difficile à évaluer lorsqu'elle concerne un individu donné. Tous les risques en matière de santé n'ont pas été encore systématiquement évalués et l'évolution des techniques de diagnostic et de soin peuvent modifier pleinement des données antérieures admises.

4-Comme il s'agit de situations complexes, c'est plus le degré d'incertitude qui devrait être indiqué au patient pour l'aider dans son choix ainsi que pour éviter d'accentuer son anxiété et ses difficultés dans la pratique de la décision partagée.

5-Les notions de risque inutile et de perte de chance semblent plus faciles à exposer que celles de ratio bénéfique/risque. Un temps de réflexion en accord avec le degré d'urgence doit être laissé au patient avant la prise de décision partagée chaque fois que possible.

6-Cette information doit respecter le droit de ne pas savoir opposé par certains patients et doit tenir compte des éléments cognitifs qui incitent, pour favoriser la compréhension et la mémorisation, à limiter la densité des informations exposées dans une même séance.

7-Cette information doit être donnée lors d'un entretien individuel et doit tenir compte des représentations socioculturelles attachées à la thématique envisagée.

8-De même, pour les cas complexes, particulièrement après l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la temporalité apparaît comme primordiale du fait de l'effet de sidération vécu par la personne qui reçoit l'information. Lorsque la situation le permet l'information peut être délivrée progressivement pour aider son assimilation.

9-L'utilisation de représentations graphiques, chaque fois que possible, est recommandée et semble préférable à des données chiffrées dont l'intérêt en santé publique est évident mais qui sont plus abstraites au plan individuel. La comparaison avec les risques de la vie courante peut être utile (nombre de décès par accidents domestiques, par accidents de la route ou de l'aviation etc.). La remise d'un document rédigé à cette intention est souhaitable chaque fois que possible de même que la désignation d'une personne référente pour interrogation éventuelle a posteriori. L'information téléphonique ne doit pas être utilisée pour ce type d'information.

10-Des situations particulièrement complexes peuvent être rencontrées comme c'est le cas par exemple lorsqu'existe une barrière linguistique. Il apparaît donc que l'élément contextuel est primordial et impose la vérification de la bonne compréhension de l'information qui doit être donnée par le soignant responsable de la décision partagée, en fonction de ses compétences.

➤ Pour approfondir :

- Masquelet A.-C. « Le principe de précaution en médecine clinique ». Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem. 2009 ;1,3 : 57-72.
- Danièle CARRICABURU, Michel CASTRA, Patrice COHEN. Risque et pratiques médicales. Presses De L'école Des Hautes Études En Santé Publique. 2010 ; 1-266
- Bril I. « Gestion des risques et responsabilité médicale dans les établissements publics de santé », Revue française d'administration publique. 2013 ; 3, 147 : 611-623
- Reach G. Pourquoi les décisions médicales sont souvent – et peut-être toujours – difficiles. Médecine des maladies Métaboliques. 2014 ; 8,1 : 82-87
- Blanc J.B. Comment pratiquer la prise de décision partagée en médecine générale ? Mémoire en vue du diplôme inter universitaire de requalification a la pratique de la médecine générale. 2015 ; 68p.Consultable à : Université De Rennes 1 - Faculté De Médecine, Sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne.

ANNEXES :

Annexe 1 : Grille décisionnelle individuelle à l'usage des patients.

Merci de bien vouloir remplir ce tableau qui servira à préciser vos intentions lors de votre prochaine consultation.

Nom :		Prénom :					
Option de soin 1 <i>à préciser par le soignant :</i>		Option de soin 2 <i>à préciser par le soignant :</i>		Option de soin 3 <i>à préciser par le soignant :</i>		Abstention	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
Date :							
Décision personnelle :							

Annexe 2 : Exemples de grilles d'évaluation comportementale à l'usage des formateurs.

Formation :
 Date :
 Supervision :
 Scénario ou synopsis N° :
 Acteurs :

Annonce d'un dommage associé aux soins		
Eléments	Présence des comportements	
Reconnaissance	1-Se présenter, voix calme, ton neutre, résumer la situation, local approprié; 2-Prise en compte de l'autre (reconnaissance : « je vous comprends, à votre place... »);	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assurance	3-Enoncer clairement sa responsabilité; 4-Ecoute active (« que souhaitez-vous savoir ? »);	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Contenance	5-Supporter sans s'identifier, sans montrer de la peur ; 6-Pas d'escalade verbale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Limitation des conséquences	7-Propositions concrètes et sécurisation pour l'avenir; 8-Suivi personnalisé (ce que souhaite le patient);	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sortie de crise	9-Résumer la rencontre et les propositions de limitation des conséquences; 10-En cas d'échec : arrêt de la rencontre et constat de désaccord.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TOTAL / 10 =		

Annonce d'une mauvaise nouvelle		
Eléments	Présence des comportements	
Assurance	1. Préparer la rencontre (langage métaphorique) 2. Se présenter, voix calme, ton neutre, local approprié 3. Résumer la situation scientifiquement connue, sans zone d'ombre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reconnaissance	4. Demander l'accord du soigné (ce qu'il veut savoir) 5. Annonce progressive adaptée 6. Prise en compte de l'autre (« je comprends, à votre place... »)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Contenance	7. Supporter sans s'identifier (pas de contagion affective) 8. Écoute active, empathie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suivi	9. Propositions concrètes positives (« Le coin de ciel bleu ») 10. Suivi personnalisé (ce qu'il doit savoir, comment me joindre...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conclure	11. Résumer la rencontre 12. Demander si tous les aspects ont été envisagés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TOTAL / 12 =		

Maîtriser l'agressivité

Éléments	Présence des comportements	
Assurance	1. Se présenter, voix calme, ton neutre 2. Faire résumer la situation 3. Pas d'escalade verbale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Baisse de la charge émotionnelle	4. Écoute active 5. Prise en compte de l'autre (« je comprends, à votre place... ») 6. Présence d'un tiers soignant-témoin si possible	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Contenance	7. Supporter sans s'identifier, sans montrer de la peur 8. Pas de contact physique (augmenter la bulle)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frustration	9. Rappeler les attributs de son rôle (triangle des échanges) 10. Réponses fermes mais dans son rôle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sortie de crise	11. Pas de risque de « perte de la face » 12. En cas d'échec avéré recours à la force institutionnelle ou légitime	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TOTAL / 12 =		

Notes

Annexe 3 : Lois bioéthiques en France :

- [loi n° 94-548 du 1er juillet 1994](#) relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,
- [loi n° 94-653 du 29 juillet 1994](#) relative au respect du corps humain,
- [loi n° 94-654 du 29 juillet 1994](#) relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.
- C'est cette dernière loi qui a été l'objet d'une révision en 2004 : [loi n° 2004-800 du 6 août 2004](#) relative à la bioéthique. Les principales dispositions de la loi 2004 sont les suivantes :
 - Le clonage, reproductif ou thérapeutique, est interdit.
 - La recherche sur l'embryon et les cellules embryonnaires est en principe interdite.
 - Par dérogation, les recherches peuvent être autorisées sur l'embryon et les cellules embryonnaires, pour une période limitée à cinq ans si "elles sont susceptibles de permettre des progrès thérapeutiques majeurs".
 - Le cercle des personnes pouvant procéder à un don d'organe pour une greffe est élargi.
 - La brevetabilité est autorisée pour "une invention constituant l'application technique d'une fonction d'un élément du corps humain".
 - Une Agence de la biomédecine est créée.
 - La loi de bioéthique doit être réexaminée par le Parlement dans un délai de cinq ans.
- [loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011](#) est l'aboutissement de la clause de révision inscrite dans la loi de 2004. - autorisation du don croisé d'organes intervenant en cas d'incompatibilité entre proches : deux personnes, candidates au don pour un proche mais incompatibles avec leur proche malade, s'échangent leur receveur respectif s'ils leur sont compatibles. Cette possibilité concernant essentiellement les greffes de rein permettrait d'en réaliser 100 ou 200 de plus chaque année,
 - une nouvelle définition des modalités et les critères permettant d'autoriser les techniques d'assistance médicale à la procréation et d'encadrer leur amélioration. Ainsi la congélation ovocytaire ultra rapide (ou vitrification) devrait être autorisée.
- En 2019 : Le projet de loi permettant la procréation médicalement assistée aux couples de femmes et aux femmes célibataires est en discussion...