

UE1

.....

APPRENTISSAGE
DE L'EXERCICE MÉDICAL
ET DE LA COOPÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE

1 – RELATION MEDECIN-MALADE – ANNONCE D’UNE MALADIE GRAVE – FORMATION DU PATIENT

RELATION MEDECIN-MALADE

GENERALITES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elle s’établit de façon très différente <ul style="list-style-type: none"> ○ Pathologies aiguës et situations d’urgence : modèle paternaliste : le malade s’en remet au médecin dont il attend des compétences techniques, une décision, une protection ○ Maladies chroniques : modèle délibératif : nécessite une implication du malade qui s’ouvre vers une relation contractuelle, où médecin et malade agissent en partenariat, avec pour objectif la meilleure autonomie du malade
TEMPS DE LA RELATION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecouter ▪ Diriger l’entretien ▪ Examiner ▪ Restituer et informer ▪ Décider en commun : alliance de soins
COMMENT COMMUNIQUER ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importance du non verbal (accueil, environnement) ▪ Ecouter le patient, Empathie : « <i>capacité de se mettre à la place de l’autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions</i> » ▪ Informer et expliquer : information claire, loyale, appropriée, ... ▪ Favoriser l’expression du patient ▪ S’assurer de la compréhension ▪ Et répéter ...

Les principales dispositions de la loi du 04 mars 2002

- Droits de la personne (droit fondamental à la protection de la santé, à la protection contre toute discrimination, respect de la dignité de la personne malade, égalité d’accès à la prévention et aux soins, respect de la vie privée et du secret médical, droit à une vie digne jusqu’à la mort)
- Droit à l’information
- Consentement aux soins
- Personne de confiance
- Accès au dossier médical
- Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

EDUCATION CONCERNANT LES MALADIES CHRONIQUES

GENERALITES ET CADRE LEGISLATIF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bénéfice sur l’observance, la qualité de vie et la réduction du nombre de complications ▪ Loi Hôpital Patient, Santé et Territoire (21 juillet 2009) inscrit l’ETP dans le code de santé publique
DEFINITION (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus continu, intégré à la prise en charge, centré sur le patient et adapté à chaque patient ▪ Comprend une information, un apprentissage et un soutien psychosocial ▪ Concerne la maladie, les soins, l’organisation des soins et des procédures hospitalières ▪ Les comportements liés à la santé et à la maladie ▪ But : aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique : comprendre la maladie et le traitement, collaborer avec les proches et les soignants, assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acquisition et maintien par le patient de compétences d’auto-soins ▪ Mobilisation ou acquisition de compétences d’adaptation
REALISATION PRATIQUE (HAS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conformité avec un cahier des charges national ▪ Mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire, dont au moins un médecin ▪ Professionnels formés à l’ETP ▪ Programmes scientifiquement fondés, s’appuyant sur des recommandations professionnelles ▪ 4 étapes en général <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostic éducatif : évaluation des besoins, des compétences et de l’environnement du patient 2. Programme personnalisé d’ETP avec des objectifs et des priorités d’apprentissage 3. Conduite des séances d’ETP individuelles ou de groupe fondées sur le principe de l’apprentissage 4. Evaluation individuelle de l’acquisition ou du maintien des compétences et réadapter le programme

ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC GRAVE

	POUR	CONTRE
FAUT-IL ANNONCER UN DIAGNOSTIC GRAVE ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi Kouchner du 4 mars 2002 « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » ▪ Code de déontologie (article n°35) « Le médecin doit à la personne qu'il examine, soigne ou conseille, une info loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins proposés » ▪ ANAES Etat du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur le maladie ou l'état pathologique et son évolution habituelle avec ou sans traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Code de déontologie (article n°35) « Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination » Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle soit être faite ▪ Législatif (Cour de Cassation) La limitation doit être fondée « sur des raisons légitimes et dans l'intérêt du patient, cet intérêt devant être apprécié en fonction de la nature de la pathologie, de son pronostic et de la personnalité du malade »
CONDITIONS DE NON INFORMATION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définition : exception qui autorise, pour des raisons légitimes et dans son intérêt, à tenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave ▪ Décision collégiale ▪ Critères de décision <ul style="list-style-type: none"> ○ Nature de la pathologie et du pronostic ○ Degré de certitude du médecin ○ Raison concernant le malade (et non les proches) ○ Personnalité du patient et son risque de détresse ou de désespoir ▪ Non validité : si le patient expose des tiers à un risque de contamination (VIH), si l'état du patient nécessite une prise de conscience pour un traitement immédiat ▪ Conduite à tenir <ul style="list-style-type: none"> ○ Peut évoluer dans le temps ○ Confier ses inquiétudes à un membre de la famille : par prudence et par loyauté, en raison des dispositions à prendre par l'entourage, pour amorcer un nécessaire processus de deuil, interlocuteur privilégié = personne de confiance désignée 	
MODALITES PRATIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer le patient parce qu'il est le 1^{er} concerné, parce qu'il a le droit à l'information, parce qu'il a des dispositions à prendre ▪ Non information du patient : informer la famille concernant la mort prochaine sans nécessairement préciser la cause exacte qui reste couverte par le secret médical ▪ Le patient garde un certain pouvoir de décision : qu'il a peut être pu exprimer antérieurement, pour autoriser ou au contraire interdire certaines communications, en désignant éventuellement un interlocuteur privilégié (personne de confiance) ▪ Comment communiquer <ul style="list-style-type: none"> ○ Communication adaptée au cas de chaque personne ○ Y consacrer du temps et de la disponibilité ○ Environnement adapté ○ Climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient ○ Peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive ○ Assurer l'accompagnement secondaire ○ Rester attentif à la souffrance provoquée par cette annonce 	
PHASES APRES ANNONCE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choc initial : patient en état de choc psychologique ▪ Déni : refuse et ignore la réalité du diagnostic, refus de toute prise en charge ▪ Le combat : tente de faire porter la responsabilité à une autre personne (risque d'agressivité) ▪ Deuil : commence à accepter sa maladie et sa réalité, PEC thérapeutique possible et acceptée 	

2 – VALEURS PROFESSIONNELLES DU MEDECIN ET DES AUTRES PROFESSIONS DE SANTE

L'ORDRE DES MEDECINS

- Création en 1945 par le gouvernement de la République
- Organisme autonome indépendant qui défend les intérêts du malade et de la profession
- Instances
 - Départementales (élu par les médecins du département) → Tenue du tableau, administratif
 - Régionales (élu par les conseillers départementaux) → Administratif et judiciaire
 - Nationales (élu par les conseillers départementaux) → Code de Déontologie
- Fonctions
 - **Fédératrice** : obligation inscription à l'Ordre
 - **Déontologie/ Morale** (Code de Déontologie)
 - **Administrative** (gestions des tableaux de l'ordre, processus de qualification des spécialistes, surveillance des conditions de l'exercice public)
 - **Consultative** (lois, réformes...)
 - **Juridictionnelle** (responsabilité ordinaire des médecins)

DEONTOLOGIE

- Ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier
- Ensemble des **devoirs qui incombent au médecin dans l'exercice** de sa profession, vis-à-vis des malades, de ses confrères et de ses auxiliaires
- Principes de déontologie sont exposés dans le **Code de Déontologie**, qui est rédigé par l'**Ordre National des Médecins**
→ Soumis au Conseil d'Etat → Soumis au Parlement → Voté par le Parlement → **Publié au Journal Officiel**

Code de Déontologie

- Primauté de la personne : « primum non nocere », respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité, respect du secret professionnel
- Qualité du médecin : responsabilité, indépendance
- Liberté du patient (choix du médecin, consentement, information) et du médecin (libre de prescription, refus de soin, clause de conscience, devoir de moralité)
- Confraternité : Serment d'Hippocrate, solidarité entre médecins

SECRET MEDICAL

2 REFERENCES

- Historique : **Serment d'Hippocrate** : « Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés... »
- Déontologie : **Code de déontologie** (Article 4) : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »
- Le secret médical est considéré dans le code pénal comme un secret professionnel : sa violation constitue une **faute pénale**
- Le **secret médical n'est pas opposable au patient**

Qui est tenu au secret médical ?	<p>Tous les personnels médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soignants : médical et paramédical : médecin, pharmaciens, SF, dentistes, IDE, AS... ▪ Non soignants : Assistante social, secrétaires
Qu'est ce qui est couvert par le secret médical ?	<p>Tout !</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le secret lie le médecin à son patient, il peut être opposé aux proches ou famille, sauf dans le cas de maladie grave avec son accord ▪ Il ne s'éteint jamais même si le patient a donné son accord ▪ La mort du patient ne délie en aucun cas le médecin du secret ▪ Le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins ▪ Le secret s'impose même devant le juge

FAMILLE et SECRET MEDICAL

Le **secret médical est opposable**, excepté dans certaines conditions

- Diagnostic ou pronostic **grave** : si le but est d'apporter un **soutien direct** et si le patient **n'y est pas opposé**
- Après le **décès**, si le patient **n'a pas exprimé une volonté contraire** et si le but est de connaître les **causes de la mort, défendre la mémoire** du défunt ou **faire valoir ses droits**

VIH et SECRET MEDICAL

- Convaincre le patient d'informer ses partenaires et d'utiliser les moyens de protections efficaces
- Le médecin ne peut pas violer le secret médical en informant le partenaire
- Les conditions d'application de la notion de non-assistance à personne en danger ne sont pas réunies.

DEROGATIONS AU SECRET MEDICAL

- **Obligatoires** : maladies contagieuses, certificat de naissance/décès, incapable majeur, accident de travail et maladie professionnelle, pension militaire d'invalidité ou de retraite, réquisition, maîtrise des risques pour la santé humaine vis-à-vis de l'institut de veille sanitaire
- **Facultatives** : Sévices sur mineur de 15 ans ou personne incapable de se protéger, violences sexuelles, traitement de données,

SANCTIONS

- **Pénale** : emprisonnement 1 an, 15 000 € d'amendes
- **Civile** : selon le préjudice causé au patient : dommage et intérêts
- **Ordinale – Disciplinaire** : selon la gravité
 - Blâme
 - Interdiction temporaire d'exercer
 - Interdiction permanente d'exercer
 - Radiation de l'ordre

3 – RAISONNEMENT ET DECISION EN MEDECINE – LA MEDECINE FONDEE SUR LES PREUVES – LA DECISION MEDICALE PARTAGEE

BASES DU RAISONNEMENT et de la DECISION MEDICALE

Le raisonnement médical précède la décision médicale

But de répondre à 2 questions :

- Manière la plus rapide et efficace pour arriver au diagnostic ? → Démarche diagnostique
- Thérapeutique la plus adaptée pour mon patient ? → Démarche thérapeutique

La décision engage la responsabilité du médecin

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Du symptôme au diagnostic

- Interrogatoire et examen clinique
- Formulation d'hypothèses à partir de ses connaissances physiopathologiques et expérience, de la reconnaissance de tableaux cliniques et utilisation d'arbres dg
- Hypothèses vérifiées par examen clinique orienté et EC
- Si diagnostic fait : évaluer la gravité, envisager un traitement, informer le patient et sa famille

DEMARCHE THERAPEUTIQUE

Définir l'objectif du traitement, choisir le traitement le plus adapté et juger de l'efficacité

Décision de ne pas traiter : pas de traitement connu pour la maladie, symptômes qui ne nécessitent pas l'instauration d'un traitement, décision d'arrêt des soins

Décision de traiter : 3 raisonnements possibles

- Raisonnement analogique : par automatisme, comportement dicté, habitude
- Raisonnement pharmacologique ou physiopathologique : choix dicté par la compréhension de la maladie
- Raisonnement fondé sur les preuves ou « Evidence Based Medicine »

EVIDENCE BASED MEDICINE (EBM)

Démarche qui consiste à associer systématiquement les meilleures données disponibles issues de la littérature à la PEC classique du patient

Etapas d'une démarche d'EBM

- Formulation du problème critique sous la forme d'1/plusieurs questions simples
- Faire une revue critique de la littérature
- Hiérarchiser l'information
- Intégrer les informations scientifiques en tant que preuves scientifiques
- En déduire une/des conduites à tenir
- Apprécier la pertinence de ces conclusions par rapport au cas du p
- Informer et rester à l'écoute de son patient

LES DIFFERENTS NIVEAUX DE PREUVE (ANAES 2000)

Grade de recommandations	Niveau de preuve	Type d'étude
A Preuve scientifique établie	1 Fort	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essais comparatifs randomisés de forte puissance ▪ Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ▪ Analyse de décision basée sur des études bien menées
B Présomption scientifique	2 Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essais comparatifs randomisés de faible puissance ▪ Etudes comparatives non randomisées bien menées ▪ Etude de cohorte
C Faible niveau de preuve scientifique	3 Faible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etudes cas-témoin
	4 Faible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etudes comparatives avec ces biais importants ▪ Etudes rétrospectives ▪ Séries de cas ▪ Etudes épidémiologiques descriptives

4 – SECURITE DU PATIENT – GESTION DES RISQUES – EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS

DEFINITION

- **Sécurité** : Absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (OMS, CISP 2009) (une atteinte associée aux soins découle de mesures prises pendant la dispensation des soins et ne résultant pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent(e))
- **Evènement indésirable grave** : Evènement ayant une nature négative pour le patient avec un caractère certain de gravité (hospitalisation en réanimation, ré intervention chirurgicale, risque vital ou décès), et qui sont en lien avec les soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique
- **Evènement porteur de risque** : Evènement n'ayant pas engendré de conséquence grave pour le patient (« presque accident »), dont l'analyse méthodique favorisera la compréhension des causes de survenue, mais aussi celles des modalités de la récupération ayant permis à temps sa détection et son traitement
- **Résilience** : Mesure dans laquelle un système est capable, en permanence, de prévenir, de détecter, d'atténuer les dangers ou les incidents, ou d'y remédier
- **Antiseptie** : Ensemble des procédés employés pour lutter contre l'infection microbienne de surface
- **Asepsie** : Ensemble des moyens mis en œuvre pour prévenir une infection
- **Désinfection** : Elimination dirigée de germes, destinée à empêcher la transmission de certains micro-organismes indésirables, en altérant leur structure ou leur métabolisme, indépendamment de leur état physiologique.
- **Décontamination** : premier traitement à effectuer sur les objets et matériel souillés par des matières organiques dans le but de diminuer la population des micro-organismes et de faciliter le nettoyage ultérieur. La décontamination a également pour but de protéger le personnel lors de la manipulation des instruments, elle permet aussi d'éviter la contamination de l'environnement
- **Stérilisation** : Procédé qui rend un produit stérile et qui permet de conserver cet état pour une période de temps précisée (CEN). Opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes portés par des milieux inertes contaminés, le résultat de cette opération étant l'état de stérilité

PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

- **Fiches techniques** sur les soins aux patients et la gestion de l'environnement
- **Hygiène de l'environnement hospitalier** : hygiène des mains, circuit d'air, d'eau, prévention du risque aspergillaire, hygiène au bloc,
- Définition de protocoles, analyse pluridisciplinaire
- **Mesures d'isolement** : contact /respiratoire/protecteur
- **Protection vis à vis des AES** : laver et désinfecter immédiatement, contacter le médecin du patient-source, évaluation des risques et traitement si risque élevé, déclaration d'accident de travail, déclarer à l'InVS
- **Prévention de la diffusion des BMR** : isolement, décontamination
- **Prévention des infections du site opératoire**
- **Prévention des infections urinaires ou respiratoires nosocomiales** : pas de recherche systématique de bactériurie, même niveau d'asepsie pour sondage et auto-sondage, privilégier la ventilation non invasive, changement des filtres toutes les 48h, pas de changement des circuits des respirateurs en dehors de souillures visibles
- **Prévention des infections sur cathéter vasculaire** : surveillance des bactériémies, check list pour la pose des cathéters, préparation cutanée à la pose
- **Prévention des infections à transmission digestive** : vérification du signal, mise en place des précautions, éviction du personnel malade, description et investigation de l'épidémie, analyse microbiologiques
- **Prévention des infections nosocomiales** chez la personne âgée et en pédiatrie
- **Vaccination du personnel**
- **Signaler les infections nosocomiales** : signalement interne, évaluation du fonctionnement

L'HYGIENE DES MAINS

- Laver les mains au savon et à l'eau lorsqu'elles sont visiblement sales ou souillées par du sang ou d'autres liquides biologiques, ou après être allé aux toilettes.
- Lors d'exposition suspectée ou effective à des agents pathogènes sporulés, notamment en situation épidémique à C. difficile, le lavage des mains au savon et à l'eau reste la méthode à privilégier.
- La friction des mains avec un produit hydro-alcoolique est la méthode de choix pour l'antisepsie des mains pour autant que les mains ne soient pas visiblement souillées. Lorsqu'aucun produit hydro-alcoolique n'est disponible, se laver les mains au savon et à l'eau.
- Pratiquer l'hygiène des mains
 - Avant et après avoir touché un patient
 - Avant de manipuler un dispositif médical invasif pour les soins au patient, indépendamment de l'usage des gants.
 - Après avoir touché des liquides biologiques, des excréments, des muqueuses, une peau lésée ou un pansement
 - En passant d'un site corporel contaminé à un autre site corporel au cours de soins à un même patient
 - Après avoir touché des surfaces et des objets inanimés
 - Après avoir retiré des gants stériles ou non stériles
- Pratiquer l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon ordinaire ou antimicrobien et à l'eau avant de manipuler des médicaments ou de préparer des aliments.
- Les savons et les produits hydro-alcooliques ne doivent pas être utilisés simultanément.

GESTION DES RISQUES

- **Sécurité des personnes et des locaux** : sécurité des personnes, prévention des risques liés à l'amiante ou liquides/fluides biologiques, protection du personnel contre les rayonnements ionisants, plan d'urgence, sécurité incendie ou électrique, accompagnement des professionnels
- **Sécurité alimentaire** : hygiène alimentaire, eau d'alimentation
- **Sécurité des fluides** : eaux à usage technique, eau chaude sanitaire, gaz à usage médical, qualité de l'air
- **Gestion des déchets** : à risque infectieux, radioactifs, chimiques ou toxiques, effluents liquides
- **Autres** : maintenance des équipements médicaux, risques liés aux bâtiments et installations, aux équipements logistiques, ressources humaines
- **Culture de sécurité**, management de la sécurité
- **Facteurs humains et organisationnels** : gérer le lien entre les facteurs humains et environnementaux afin d'optimiser la sécurité des patients

MISSIONS DE L'HAS

Cf Item 13

5 – LA GESTION DES ERREURS ET DES PLAINTES – L’ALEA THERAPEUTIQUE

DEMARCHE PERMETTANT UNE CULTURE POSITIVE DE L’ERREUR

- **Analyse des événements indésirables graves** : événement ayant une nature négative pour le patient avec un caractère certain de gravité (hospitalisation en réanimation, réintervention chirurgicale, risque vital ou décès) et qui sont en lien avec les soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique
 - Identifier les causes immédiates et les causes profondes
 - Comprendre ce qui s’est passé, identifier les facteurs contributifs, les hiérarchiser et proposer des mesures correctives
 - Positionnement du gestionnaire de risque, synthèse anonymisée de l’analyse
 - Charte de « non punition » ou d’ « incitation au signalement interne »
 - Système de notification local, régional ou national
- **Revue de Morbidité Mortalité (RMM)**
 - Objectif : analyse collective rétrospective et systémique de cas anonymisés marqués par la survenue d’un décès, d’une complication ou d’un événement qui aurait pu causer un dommage au patient. A pour finalité l’amélioration continue de la qualité des soins.
 - Quatre étapes : 1 - Que s’est-il passé ? 2 - Comment est-ce arrivé ? 3 - Pourquoi est-ce arrivé ? 4 - Qu’avons nous appris ? Quelles actions mettre en œuvre ?
 - Traçabilité avec démarche explicite
- **Information et plan d’action**
- **Prévention des dommages de « seconde victime » pour le professionnel de santé** : lorsque le dommage subi par le patient est dû à une erreur, le professionnel ayant commis l’erreur en souffre aussi plus ou moins fortement jusqu’à être parfois qualifié de « seconde victime » -> communiquer, annoncer le dommage associé aux soins pour apaiser la relation soignant-malade et l’amélioration des pratiques professionnelles.

ALEA THERAPEUTIQUE

- Accident imprévisible non fautif
- Survient quant à la suite d’un acte ou d’un traitement médical, le patient subit une aggravation subite de son état en lien avec l’acte ou traitement, sans cependant qu’une faute médicale puisse être établie

INDEMNISATION

- Loi du 4 mars 2002 : Les victimes de risque sanitaires peuvent être indemnisées au titre de la solidarité nationale lorsque la responsabilité des professionnels ou établissement de santé n’est pas engagée
- Sont indemnisés : accidents médicaux, affections iatrogènes, infection nosocomiales
- Pour être indemnisables, les préjudices provoqués doivent avoir 3 conditions :
 - Directement imputables à des actes de prévention, dg ou de soins
 - Avoir eu pour le patient « des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l’évolution prévisible de celui-ci » (écarter les échecs thérapeutiques)
 - Avoir une certaine gravité : taux IPP > 25% ou ITT ≥ 6 mois consécutifs ou – mois non consécutifs sur une période de 12 mois ou troubles graves y compris économiques
- Indemnisation selon 2 voies
 - Voie judiciaire : Office National d’Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est appelée en instance → Que si absence de responsable et dommages avec seuil de gravité précité
 - Commissions régionales de Conciliation et d’Indemnisation (CRCI) : règlement à l’amiable
- Délai de prescription : 10 ans
- La preuve doit être apportée par le demandeur, mais c’est au médecin de prouver qu’il a correctement informé le patient
- Avantage pour la victime : Procédure rapide (en moyenne 11 mois entre la demande d’indemnisation et le versement des fonds) et gratuite

6 – L'ORGANISATION DE L'EXERCICE CLINIQUE ET LES METHODES QUI PERMETTENT DE SECURISER LE PARCOURS DU PATIENT

TRAVAIL D'EQUIPE

- Réunion de concertation pluridisciplinaire
- Revue de morbi-mortalité
- Protocoles pluridisciplinaires, protocoles de service

- Permettant une prise en charge globale, en tenant compte des comorbidités et des facteurs de fragilité du patient

- Sécurisation du parcours de soins avec les « check lists » : vérification d'identité, dossier, matériel. Bonne pratique de sécurité d'une activité à risque reposant sur une liste de points critiques identifiés permettant de vérifier que les actions préventives préalablement définies ont bien été effectuées.