

La gestion des risques en médecine générale

Partie 2 : Trois ans de sinistralité en médecine générale: le rôle clé des « compétences non techniques » et des « tempos » dans le contrôle du risque

Prof. René Amalberti^{}, Dr C. Bons-Letouzey^{**}, Dr C. Sicot^{***}*

La revue **RESPONSABILITÉ** propose un travail de réflexion approfondi sur les risques en médecine générale, publié sur deux numéros successifs, et prélude au développement d'outils pédagogiques et d'une rubrique ouverte dans les numéros suivants pour la formation initiale et continue des médecins généralistes à la gestion des risques.

La première partie [1] a décrit les définitions et enjeux, et a fait un point des connaissances publiées sur la gestion des risques en médecine générale, encore assez peu connue en comparaison des risques des spécialités hospitalières.

La seconde partie analyse trois ans de sinistralité des médecins généralistes au Sou Médical – Groupe MACSF et dégage le rôle clé des différents « tempos » de l'activité médicale et de leurs interactions dans le contrôle effectif du risque (tempo de la maladie et du traitement, tempo du médecin et du cabinet, tempo du patient et tempo du système médical).

Quelques analyses fouillées et récentes de bases de données d'assurances sont déjà disponibles à l'étranger (USA [2.3] et Nouvelle Zélande [4]). La plus vaste enquête [2] porte sur la base des assureurs américains de la PIAA (Physician Insurance American Association) pour les années 1985-2000. Elle porte sur 49 345 plaintes, dont 29 126 ont été analysées et dont 68% concernent la médecine générale. Vingt-trois pour cent de ces plaintes sont considérés comme évitables, et engagent donc la responsabilité des médecins. Mais les résultats de ces publications restent tout de même assez superficiels, souvent plus centrés sur le coût pour les assurances que sur l'analyse fine des dossiers et des causes. Les articles insistent notamment sur la montée en puissance des plaintes non justifiées qui nécessitent quand même une gestion de l'assurance. Sur le fond, et sur les causes, les facteurs organisationnels sont retrouvés dans une majorité de dossiers (fatigue, surcharge, oublis divers, coordinations incorrectes entre professionnels)[5].

Analyse de trois ans de sinistralité au Sou Médical – Groupe MACSF

L'analyse systématique des causes de 1 046 plaintes de patients concernant 1 103 généralistes (certaines plaintes affectant deux généralistes), représentant l'ensemble des plaintes en médecine générale recensée pour les années 2003-2004-2005 au Sou

^{*} Médecin expert gestion des risques, ^{**} Médecin conseil, ^{***} Ancien secrétaire général, Le Sou Médical – Groupe MACSF

Médical - Groupe MACSF a été réalisée. Cette mutuelle assure près de 50% du total des médecins généralistes français dont près de 60% des médecins libéraux*.

Cette analyse prolonge le travail publié chaque année dans la revue *RESPONSABILITÉ* sur la sinistralité des professions médicales. Les dossiers sont ici repris sur trois ans, et revus avec un codage nettement plus analytique et complet [6]. Tous les dossiers ne sont pas clos.

Pour chaque dossier sont notés, conformément aux pratiques internationales de codage : le numéro de dossier, l'âge, le sexe, la sémiologie motivant la consultation, le diagnostic et la conduite thérapeutique du médecin, les suites médicales faisant l'objet de la plainte (processus défaillant).

L'analyse des causes « racines » est forcément limitée : les dossiers médicaux de plaintes traités par la mutuelle contiennent plus d'éléments prospectifs (évaluation des préjudices présents et futurs) que d'éléments rétrospectifs**. Toutefois, cette analyse des causes profondes, même limitée, a été réalisée en notant pour chaque dossier plusieurs critères disponibles en lien avec les critères habituellement retenus de risque dans les classifications déjà publiées [7].

Deux critères apprécient le risque réel :

- sévérité de l'incident : grave (séquelles ou décès) ou mineur ;
- responsabilité reconnue du médecin : oui ou non.

Les autres critères apprécient le contexte (ou les causes) :

- niveau de complexité du tableau médical : nombre de pathologies intriquées ou masquantes (tableau isolé/ tableau multipathologies) ;
- niveau de banalité : banalité apparente du tableau clinique inaugural chez un patient/ affection connue et déjà prise en charge ;
- nombre de médecins intervenant dans la prise en charge (réfèrent traitant, remplaçant, non réfèrent traitant, urgentiste, régulateur du 15) (1 seul médecin/ plusieurs) ;
- présence ou absence d'éléments particuliers de contexte chez le médecin incriminé (fatigue, distance, pressions diverses, problème de disponibilité ou de transmission d'informations, patient difficile, etc...).

Résultats

Analyse des processus défaillants (tableau 1)

Sans surprise, le retard ou l'erreur de diagnostic représente un peu plus d'un tiers des dossiers, avec une prédilection pour deux catégories de pathologies au tempo très différent : les cancers, dont le retard est compté en mois, et les menaces d'infarctus et d'AVC, dont le retard est compté en heures.

Les problèmes liés à la conduite thérapeutique viennent en second (27% des dossiers).

* 33 000 médecins généralistes libéraux assurés pour un total d'environ 56 000 généralistes libéraux en France

** On sait pour chaque dossier si la pratique était ou n'était pas optimale, mais on sait plus partiellement ce qui a causé cet écart de pratique : défaut de connaissance, type d'évènement, patient, etc...

Les effets médicamenteux indésirables et les actes thérapeutiques agressifs (ponctions, infiltrations, manipulations diverses) représentent respectivement 10,5% et 7,6 % du total des dossiers.

Deux autres catégories sont intéressantes parce que très spécifiques des activités de médecine générale : les plaintes pour visite refusée ou décalée dans le temps (7,2%) qui recouvrent aussi bien des régulations téléphoniques du 15 que des appels au médecin traitant, et les plaintes pour établissement de certificats ou actes médico-légaux litigieux (8,8%).

Enfin, une petite catégorie en volume (3%, soit 31 dossiers) reste préoccupante parce que banale (et souvent fautive d'un point de vue juridique) : il s'agit des chutes au cabinet, dans le trajet d'accès privatif au cabinet médical (escalier, jardin) ou de la table d'examen.

La responsabilité du médecin est retenue dans 25% des dossiers en moyenne. Le chiffre doit être augmenté des cas où « ce » médecin particulier n'est pas reconnu responsable, mais un autre intervenant sur le même dossier est reconnu fautif. On est donc plus proche du tiers des cas où l'événement était potentiellement évitable par une action quelconque, ce qui reflète les données habituelles de la littérature qui considère que 35 à 45% (selon les études) des événements indésirables graves sont évitables par une meilleure gestion professionnelle [8].

Tableau 1 : Identification et fréquence des processus défailants

Nature du processus défailant	Nombre de cas <i>(en comptant un seul cas quand plusieurs médecins sont impliqués pour le même cas)</i>	Pourcentage
Attention : l'identification des processus défailants n'est pas synonyme d'une condamnation du médecin		
Retard diagnostic de pathologies aiguës (infarctus, AVC, sepsis, abdomen aigu) ou évolutives (cancer pour l'essentiel)	389	37,2
Conduite thérapeutique insuffisante (délai dans la décision thérapeutique, pertes de temps inexplicables dans l'administration du traitement, schémas thérapeutiques peu performants, négligences diverses)	283	27,1
Effets médicamenteux indésirables [erreurs de délivrance, erreurs de plume, prescriptions inadaptées (dose, durée), contre-indications non respectées, prescriptions hors AMM, effets supposés des vaccins]	110	10,5
Gestes thérapeutiques invasifs (blessures par ponction, infiltration, manipulation)	80	7,6
Chutes et blessures au cabinet (chutes de la table d'examen, dans l'accès au cabinet, brûlures par scialytique, blessures par des aiguilles souillées)	31	3
Visite refusée ou décalée (« médecine au téléphone » du 15 et des généralistes, invitations à venir au cabinet plutôt qu'à se déplacer, refus de prendre un patient en retard, etc...)	75	7,2

Problème d'éthique ou de déontologie (certificats de complaisance, certificats en conflit avec le secret professionnel, certificats prenant partie dans la vie privée, placements d'office, contestations diverses dans la relation médecin-patient)	91	8,7
Expertise, résultats contestés (résultats contestés pour des visites ou des expertises relatives à des droits sociaux ou assurantiels)	15	1,4
	1046	100%

Analyse des causes racines

- Le caractère banal des symptômes

La cause la mieux corrélée au retard diagnostic et/ou au motif de visite décalée est la nature trompeuse des tableaux cliniques, et particulièrement la banalité des symptômes inauguraux, chez des sujets sans antécédent connu et en période pseudo épidémique. Plus la notion de période pseudo-épidémique (grippe, gastroentérite) semble forte, moins le questionnement du patient semble poussé, et plus les symptômes d'accompagnement non concordants sont ignorés. Par exemple, une fièvre banale avec une toux et une asthénie chez un patient de 50 ans en période épidémique n'a pas du tout inquiété le médecin en visite qui a prescrit un traitement standard et noté uniquement les éléments concordants avec son diagnostic. C'est en reconstituant les faits a posteriori qu'il s'est avéré que le patient avait signalé à l'interrogatoire qu'il revenait d'Afrique, mais sans insister sur ce point. C'était en fait un début d'accès de paludisme qui a conduit à la mort du patient à J+2 par retard de prise en charge. Dans ces conditions, un appel pour épisode fébrile, douleurs abdominales avec diarrhée et vomissements ou un épisode anxieux pour douleurs thoraciques ou dorsales plus ou moins typiques a toutes les chances d'être qualifié de non urgent, avec une visite décalée (38,7% des cas).

Quand il s'agit d'une consultation au cabinet pour un cas similaire, la prescription symptomatique standard sans recherche complémentaire représente 79% des cas recensés. Le rappel par le patient pour persistance des symptômes conduit à une seconde visite faite par un autre médecin, souvent urgentiste, qui reconduit le traitement dans 89% des cas. Il faut une troisième visite pour remettre en cause (dans 63% des cas) le diagnostic initial, mais dans ce cas, le tableau s'est souvent aggravé au point de devenir bien plus évident.

La notion de tableau médical complexe (par opposition à un tableau banal) intervient comparativement deux fois moins souvent comme cause des processus défailants dans les retards diagnostiques.

- La prescription des médicaments et leur surveillance

La dangerosité de certains médicaments, habituellement prescrits par des spécialistes mais surveillés et reconduits par les généralistes, est notable : méthotrexate dans les polyarthrites rhumatoïdes (3 cas), lithium (2 cas). Mais le cas le plus fréquent de cette

catégorie reste celui des anticoagulants (21 cas d'erreur par excès responsables d'hémorragies, et 18 cas par défaut ayant favorisé l'évolution d'une maladie thromboembolique).

On note aussi une fréquence relativement élevée de cas ramenant à la situation précédente de traitement banal, notamment en ORL, concernant la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Dans 6 cas, ces prescriptions hors AMM ont été reconnues aggravantes, favorisant une évolution vers un sepsis grave.

- La coordination du système médical

Les incidents connus dans la transmission des informations et la difficile gestion du système médical (demandes et retards à l'obtention d'information médicale entre professionnels, traçabilité déficiente, erreur de laboratoire, etc...), bien que probablement sous-évalués dans la base de donnée disponible (informations peu tracées), représentent quand même plus de 11% des dossiers de retard diagnostique avec plusieurs mécanismes intriqués :

- **la faible traçabilité des visites à domicile**, souvent mal ou pas renseignées sur le dossier du patient ;
- **la coordination entre médecins** : l'exemple des relais anticoagulants avant et après interventions est souvent délicat. L'arrêt des AVK est généralement décidé lors de la consultation préanesthésique, mais souvent sans lettre et sans rétro information directe vers le généraliste. Le relai inverse à la sortie de l'hôpital pour le rétablissement d'un traitement anticoagulant et la prévention de la maladie thromboembolique est encore moins évident (qui le fait ? quand ? = 11 dossiers litigieux à l'origine d'accidents graves voire mortels).
- **l'augmentation progressive des pratiques ambulatoires** entraîne des sorties rapides postopératoires avec, par défaut (structure ambulatoire fermée ou inaccessible facilement compte tenu des distances, fêtes, nuit, week-end), des interventions croissantes du médecin généraliste, qui prend de ce fait en charge des suites opératoires immédiates compliquées qu'il voyait moins jusque là. C'est particulièrement le cas des infections postopératoires, où il se trouve en charge de régler l'antibiothérapie, et de fait responsable de toute l'évolution secondaire (13 cas) : par exemple une plaie de phlébotomie infectée chez une femme de 53 ans, qui sera suivie au cabinet du généraliste pendant 2 mois avec plusieurs changements d'antibiotiques, des complications locales importantes avec séquelles, et un désengagement presque total du chirurgien dans ce suivi qui donnera à ce généraliste, peu aidé, toute la responsabilité des stratégies choisies. Ces nouveaux suivis postopératoires précoces reposant sur le généraliste sont encore plus caricaturaux dans le cas des interventions ambulatoires en chirurgie orthopédique (nombreux cas d'infections). Ils témoignent d'une accélération de l'ambulatoire hospitalier, avec un nombre croissant de spécialistes réalisant des actes techniques courts et très spécialisés, actes dont l'orientation initiale, et surtout le suivi immédiat reposent essentiellement sur le médecin traitant, avec des responsabilités considérables et un risque croissant d'événement indésirable à gérer.
- **l'influence des comptes rendus des spécialistes** : les résultats négatifs sont particulièrement rassurants et éliminent le diagnostic évoqué au départ pour une longue période ; biais classique, la lecture du résultat profite toujours aux éléments positifs de ce compte rendu, surtout devant le patient, et minimise les doutes du spécialiste (il faut dire qu'ils sont souvent exprimés par une tournure de phrase

ambiguë). On retrouve ce facteur dans 27 dossiers concernant de retards diagnostiques.

Exemple : Induration du sein chez une femme de 57 ans, un bilan radiologique est demandé. Sur le compte rendu, il est noté que l'examen est normal, mais que certaines images de calcifications (détaillées) méritent une surveillance régulière dans les mois qui suivent. La patiente est très soulagée, et le médecin généraliste oublie de faire les contrôles dans le délai suggéré par le radiologue : il en résulte un retard diagnostique de 8 mois d'un cancer du sein, la faute étant partagée entre le radiologue et le généraliste.

- l'influence des examens complémentaires faits ou demandés par le médecin généraliste lui-même est tout aussi importante sur les causes de l'attentisme médical. Elle se manifeste de deux façons.

Certaines analyses prescrites obéissent souvent à un rituel thérapeutique rassurant, mais leur retour nécessite parfois plusieurs heures, voire jours, alors qu'elles concernent des pathologies potentiellement rapidement évolutives (taux de troponine, recherche d'hématozoaires...).

Par ailleurs, un résultat négatif rassure considérablement. Par exemple, dans le retard de diagnostic d'infarctus, 17% des médecins ont fait un ECG -considéré comme normal- en ambulatoire ou un test trinitrine -considéré comme négatif- et ont été rassurés par ces normalités, qui restent pourtant médicalement peu convaincantes et n'ont d'ailleurs pas empêché le développement d'infarctus dans les heures suivant la consultation.

Les difficultés connues dans la gestion présente et passée de la relation médecin-patient-spécialiste pèsent comme facteurs complémentaires sur la survenue des déviances ; elles sont explicitement mentionnées dans un peu moins de 10% des cas. Les causes organisationnelles sont classiques dans les erreurs de tous ordres, retrouvées explicitement mentionnées comme facteur d'accompagnement dans 113 dossiers : remplacement, appel hors horaires, pression du travail, disponibilité insuffisante, etc...

Le problème du centre 15 et des régulateurs médicaux est à part. Les dossiers ne permettent pas de le traiter en profondeur, mais beaucoup de dossiers mentionnent deux indications intéressantes : la fréquence des tableaux banals ou mal présentés par les patients au téléphone, et la difficulté pour le régulateur de se déjuger et d'abandonner un diagnostic banal initial alors que le patient ou ses proches rappellent peu de temps après, préoccupés par l'absence d'amélioration.

Quels gisement de progrès ?

La médecine générale est une activité difficile.

Le risque est polymorphe, lié à l'immense variété des pathologies, à la faible incidence dans la clientèle des cas graves non dépistés, au temps très limité de la consultation dans laquelle mille choses peuvent être dites, et où un choix est fait sur l'orientation et l'approfondissement en interrogatoire et en examen de tel dire ou de tel autre dire du patient.

Les gains apparemment faciles : hygiène et sécurité au cabinet

Plus de 3 % du total de la base de données est représenté par des chutes et des blessures au cabinet. Les gestes essentiels de protection des chutes (toujours rester auprès du patient quand il descend de la table d'examen = 7 chutes) et les principes de l'organisation sûre du cabinet et de son accès privatif (obstacles au sol, tapis, marches, neige non déblayée dans l'allée, etc... = 17 cas relevés) sont connus des professionnels. Mais des pressions diverses font qu'on les néglige ponctuellement pour des raisons multiples.

Près de 4 % des plaintes sont en relation avec des processus infectieux survenant après injection, ponction, infiltration. Ces problèmes relèvent de questions moins automatiquement imputables au médecin, à l'organisation et à l'hygiène du cabinet. Toutefois, plusieurs excellents guides ont été publiés [8] sur ce sujet (point d'eau obligatoire, solutions hydro-alcooliques, conservation des produits de santé).

Les gains moyennement difficiles

Les erreurs dans la rédaction d'ordonnances, malgré de bons guides publiés [9], restent assez nombreuses, et les problèmes de coordination des courriers entre médecins (lettres et comptes rendus) représentent toujours une fraction importante des problèmes relevés (65 cas).

Exemple : Traitement de fond d'une polyarthrite rhumatoïde par du methotrexate, 15mg IM par semaine ; le généraliste relaie ce traitement par 4 comprimés de 2,5mg par jour pendant 1 mois : il en résulte un surdosage massif et une aplasie. Le médecin sera condamné.

Exemple : Une femme de 40 ans régulièrement suivie au cabinet vient consulter pour une gêne perçue au niveau du sein. Prescription d'une mammographie et d'un bilan radiologique standard sans inquiétude ; le médecin ne mentionne pas la demande sur le dossier. Le compte rendu (anormal) s'égaré entre radiologue et généraliste pour des problèmes de secrétariat chez la radiologue ; il n'y a pas de contact téléphonique direct, et la patiente n'est pas informée. La patiente reviendra consulter plusieurs fois pour des symptômes divers mais sans que le dossier soit repris sur le fond. Il en résultera un retard diagnostic fautif avec une importante perte de chance.

Plusieurs campagnes ont déjà été menées sur l'intérêt d'une traçabilité renforcée des dossiers médicaux. Les points faibles habituels sont les visites au domicile (beaucoup de visites non tracées, en tout cas dans le contenu), et plus globalement le contenu de ce qui est tracé (symptômes évoqués par le patient, stratégie clinique).

Les gains difficiles : l'importance des compétences non techniques et des tempos

Le cœur de la gestion des risques en médecine générale renvoie à un croisement entre deux logiques : celle des compétences à mobiliser, et celle du temps à maîtriser (on pourrait même dire des tempos à maîtriser).

Les compétences techniques portent typiquement sur tout le domaine de l'enseignement universitaire et de l'art médical. On y retrouve l'examen médical dans toutes ses facettes (anamnèse, examen physique, séméiologie, examens complémentaires) et la thérapeutique (sous toutes ses formes et particulièrement les pratiques médicales recommandées).

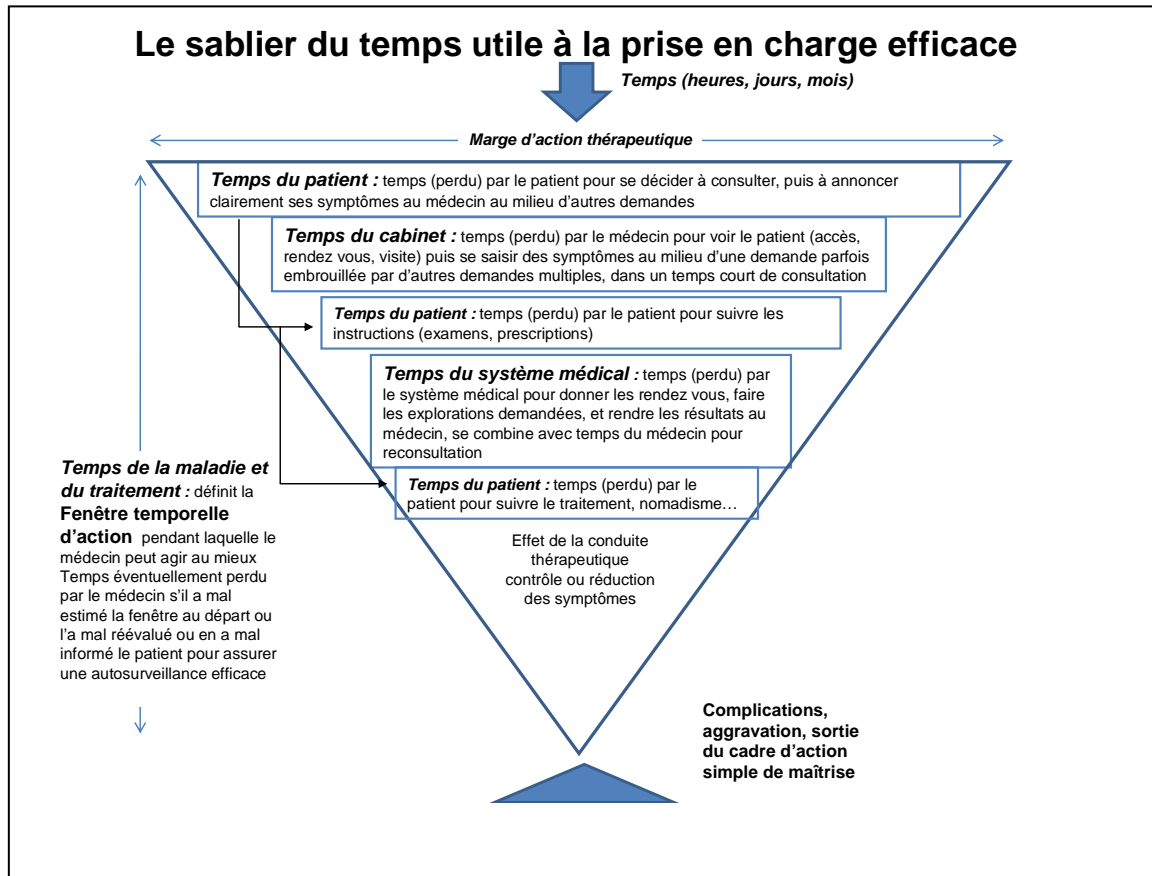
Les compétences non techniques portent sur un savoir nécessaire à l'activité professionnelle, mais plus général, et moins systématiquement enseigné à l'université :

- la relation au patient et à son entourage ;
- la gestion des conflits et des priorités (avec le patient, avec ses collègues ou employés, avec ses propres priorités, ses contrariétés du jour, etc...) ;
- la gestion des collaborations dans le système médical (avec les confrères et professionnels de santé) ;
- la gestion des outils : informatique, téléphone, dossiers, aides de toutes sortes, et tous les documents pour l'administration ;
- la gestion de son niveau de stress et de fatigue.

Bien que peu enseignées, les compétences non techniques sont paradoxalement reconnues plus souvent à l'origine des défaillances que les compétences techniques. C'est aussi le cas en aéronautique où des formations spécifiques à ces compétences non techniques sont maintenant obligatoires pour les pilotes et sont même évaluées par des examens [10].

Les tempos à maîtriser (cf figures « le sablier du temps utile » et « quelques règles de base simples pour mieux maîtriser les tempos »):

- **le tempo de la maladie** est défini par la fenêtre temporelle estimée disponible pour poser le diagnostic et maîtriser la pathologie au mieux avant l'apparition de complications. Le tempo de la maladie conditionne ce qui est faisable et non faisable en matière d'investigations pour établir le diagnostic. Il interagit directement avec les autres tempos (voir *supra*) : temps de faire un bilan complexe, d'adresser à un spécialiste, etc... **Le tempo du traitement** est complémentaire. Il est défini par le temps à attendre pour observer l'effet de la prescription et le début de la réduction des symptômes : quelques heures, un jour, plusieurs ? Ce tempo du traitement conditionne sa propre réactivité à toute relance du patient et l'information que l'on doit lui donner : quand s'inquiéter si l'amélioration ne vient pas, quoi surveiller dans le processus d'amélioration, quels seront les premiers signes à prendre en compte pour signifier l'aggravation ou l'amélioration. Dans bien des cas, cette information n'a pas été donnée au patient, et s'avérera critique dans les suites thérapeutiques. L'information est particulièrement critique en pédiatrie : la base de données du Sou médical – Groupe MACSF révèle que 62,7% des dossiers de plaintes en pédiatrie entre 2003 et 2007 concernant des enfants hors néonatalogie portent sur des généralistes. Dans une fraction très importante de ces plaintes, le mécanisme de défaillance fait une place importante au manque d'information pédagogique donnée aux parents pour effectuer une auto surveillance raisonnable des affections infectieuses et gastro-entériques de leur enfant malade (information à laquelle il faudrait souvent consacrer de l'ordre de 10 minutes...ce qui interagit avec un autre tempo, celui du cabinet médical). Enfin, il faut noter que très souvent, le médecin généraliste confond les deux temps du diagnostic et du traitement en lançant immédiatement un traitement symptomatique. D'une certaine façon, la confirmation de diagnostic est attendue par l'effet du traitement, et le temps est utilisé comme un moyen du diagnostic. Le résultat empirique sur de grandes séries, et particulièrement sur des pathologies banales, tend à conforter le généraliste dans cette stratégie, mais le prix à payer est le risque d'erreur rare mais sévère avec une perte de chance considérable (méningites, sepsis graves, souffrance cardiaque, coronarites aiguës notamment).



- **le tempo du patient et de son entourage** est défini comme le temps perdu par le patient à venir consulter, à énoncer ses symptômes clairement, et à suivre les prescriptions. Le patient arrive souvent à la consultation avec de multiples demandes (symptômes nouveaux, résultats de visites ou d'examen, demandes administratives, besoin de partager un contexte psychosocial difficile, etc...). Ces demandes sont parfois annoncées d'un coup, parfois perlées dans la consultation, et les attentes les plus fortes ne sont pas nécessairement les priorités les plus urgentes. Il faut essayer de rester dans le temps de la maladie et pas dans celui du ressenti et de l'émotion du patient : la pression du patient ou de ses proches, expression naturelle de son angoisse, peut pousser aux pires sottises par facilité ou compassion. Trop en faire, trop vite, et dans la direction suggérée par le patient n'est en général pas associé à une pratique sûre. Ce temps sollicite des compétences essentiellement non techniques centrées autour de la maîtrise de la relation avec le patient.

- **le tempo du cabinet** : c'est le temps accordé par le médecin au patient et à son écoute : durée de la consultation, temps administratifs et de coordination divers dans ce temps de consultation, tâches interruptives diverses, salle d'attente plus ou moins pleine, temps des visites à domicile, et temps personnels de tous ordres. Ce tempo conditionne la modulation cognitive de la prise de risque : sous pression d'une salle d'attente pleine, d'un agenda personnel tendu, on hésite davantage à faire déshabiller

une personne âgée, on utilise plus une stratégie de renouvellement, d'attente, ou de deuxième consultation décalée de quelques jours. Gérer son temps personnel en réfléchissant à l'avance sur des attitudes prudentes et organisées permet de répondre à des situations de disponibilité temporelle dégradées. On évite ainsi de se faire surprendre et d'improviser, ce qui est source de problème dans plus de 50 dossiers, notamment avec les diagnostics téléphoniques.

- le tempo du système médical : c'est le temps nécessaire à obtenir les examens et avis spécialisés. Les prescriptions d'examens, les consultations spécialisées, y compris les envois aux urgences hospitalières, ont toujours un tempo propre et des modalités plus ou moins contrôlables qu'il convient d'estimer en fonction de l'évolution de la pathologie. Il n'est pas rare que le cumul des différents temps du système – et du patient- se mesure en jours, voire en semaines, pour un bilan demandé, avec le risque de négliger le suivi et de perdre la mémoire du patient. Il n'est plus rare non plus de voir les médecins hésiter à envoyer aux urgences certaines pathologies tant ils redoutent un refus de garder le malade aux urgences et un retour à domicile hâtif. En bref, le temps global du système médical peut devenir un problème réel de gestion, et doit être parfaitement maîtrisé, particulièrement par un médecin généraliste utilisé comme pivot d'orientation du patient et de coordination du système médical (rôle de médecin traitant). Il faudrait autant que possible contrôler le temps du système : ne pas utiliser le temps en boucle ouverte sans stratégie d'attente explicite sur les différents délais du système ; annoncer ces délais probables au patient et lui donner une feuille de route probable de sa prise en charge pour avoir une double sécurité en cas de dépassement des temps prévus et un retour du patient pour pouvoir ajuster la stratégie (1 mois pour une IRM peut être tolérable dans certains cas, intolérable pour d'autres) ; préciser les butées temporelles pour revoir le patient avec ses examens. Le contrôle du système médical doit aussi conduire à dresser une liste de diagnostics pour lesquels l'envoi vers un spécialiste est un temps perdu dangereux : par exemple une suspicion de compression médullaire évolutive sur hernie (constitution lente d'un syndrome de la queue de cheval) ne doit surtout pas être envoyée en radiologie ou au neurologue de ville pour avis ; c'est une urgence vraie qui doit être adressée directement en neurochirurgie (3 cas) et dont la réactivité se compte en heures. Il en va de même d'une suspicion d'infarctus qui ne doit pas passer par une demande de dosage de troponine, ou par un rendez vous en cardiologie même dans la demi-journée, mais réclame l'intervention du SAMU pour rester dans le temps utile de la thrombolyse (3 heures).

L'art de la médecine générale est de gérer harmonieusement les différentes compétences à mettre en jeu et les différents tempos souvent contradictoires entre eux. La gestion du temps fait partie du savoir-faire de base du médecin généraliste, bien plus que dans toute autre spécialité médicale. Le temps est un allié objectif pour des pathologies a priori banales chez des patients qui ne sont pas à risques ; il peut aussi devenir le pire des ennemis quand il est mal utilisé. Il faudra sans doute encore y réfléchir collectivement, mais des recommandations pourraient être formulées pour mieux gérer ce temps.

Quelques règles de base simples pour mieux maîtriser les tempos

- **Tempo de la maladie et du traitement**
 - **Compétences techniques**
 - Rester dans le domaine de ses compétences techniques, avoir conscience de leurs limites (interventions dans le suivi de grossesse complexe par exemple)
 - Passer la main rapidement en cas d'évolution potentiellement rapide ou très vulnérable aux autres tempos
 - **Compétences non techniques**
 - Informer le patient sur le temps du traitement : Passer du temps avec le patient (ou son entourage) avec des mots adaptés pour lui expliquer l'évolution temporelle attendue, et les consignes de surveillance et de rappel (éducation thérapeutique)
- **Tempo du patient**
 - **Compétences non techniques**
 - Garder toujours le contrôle de la consultation : savoir dire non
 - Gérer les patients nomades : considérer chaque consultation comme unique, adapter la stratégie, et ne pas compter sur le retour du patient
 - Gérer les patients à multi demandes : tracer les demandes, clarifier en début de consultation ce qui va pouvoir être traité dans la consultation (2 sujets maximums), et demander le retour à une autre consultation pour suite de la liste de demandes
 - Gérer les patients désobéissants ou peu réactifs : tracer, augmenter les marges ? et simplifier les traitements
- **Tempos du cabinet**
 - **Compétences non techniques**
 - Se doter d'une façon de faire stable et prudente pour traiter les patients au téléphone
 - Se doter d'une façon de faire pour les cas où le patient ne peut pas être vu rapidement (agendas, etc)
 - Se doter d'une façon de tracer l'information en visite et au cabinet
- **Tempos du système médical**
 - **Compétences non techniques**
 - Donner un agenda de parcours au patient avec des butées
 - Se doter d'un aide-mémoire et d'une façon de suivre les retours de demandes d'examen ou de visite de patients à risques (indépendamment du retour du patient)

Cet apprentissage de la gestion du temps comme outil de gestion des risques n'est pas enseigné formellement, tout comme la traçabilité de la visite à domicile, et la transmission d'informations entre généralistes, spécialistes et patients, dont le nombre et le risque d'erreur croît logiquement avec le nombre de consultations qui ponctuent la stratégie d'attente (40,6% des dossiers de retard diagnostique ont plus de 2 consultations, 22,7% en ont 3 et plus).

En conclusion

La littérature sur les risques hospitaliers est conséquente et met l'accent sur des processus défaillants où les erreurs médicamenteuses indésirables, la coordination entre soignants, et les facteurs systémiques et organisationnels sont prédominants [21]. Mais au-delà des mots, le contenu des processus défaillants est très différent entre les deux types d'exercice : hospitalier et généraliste (tableau 2).

Tableau 2 : Spécificités de l'exercice de médecine générale de ville comparée à la médecine hospitalière

	Médecine générale	Médecine hospitalière
<i>Vision et disponibilité du patient pendant sa maladie</i>	Ponctuelle	Longue
<i>Type d'exercice</i>	Isolé, en réseau	Collectif
<i>Pathologies considérées</i>	Toutes	Un domaine
<i>Etat général du patient</i>	Bon en général	Mauvais en général
<i>Défaillances les plus fréquentes</i>	Retard de diagnostic Gestion de suites	Retard d'action Gestes techniques

	chroniques Erreur de prescription Certificats et déontologie	dangereux Gestion de l'aigu / urgence Erreurs saisie et de délivrance
--	--	--

Les retards de diagnostic et la gestion au long cours de pathologies chroniques sont typiques de l'exercice médical généraliste et n'existent qu'à la marge à l'hôpital, or la formation des médecins est essentiellement réalisée à l'hôpital et sur la culture hospitalière. Autant dire que la formation standard aux risques à l'hôpital, déjà nouvelle et réduite, ne prépare guère à la gestion des risques en médecine générale. C'est un pan entier de connaissances qu'il reste à bâtir et qui pourrait même avoir des applications nuancées selon les modes d'exercice des médecins (rural, ville, etc...).

Références

- [1] Amalberti, R., Bons-Letouzey, C., Sicot, C. Les risques en médecine générale : un secteur encore mal connu, *RESPONSABILITÉ*, 8, 32 : 5-12
- [2] Phillips, R., Bartholomew, L., Dovey, S., Fryer, G., Miyoshi, T., Green L. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States *Qual Saf Health Care* 2004;13:121-126
- [3] Studdert, D., Mello, M., Gawande, A., Gandhi, T., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, AL., Brennan, T., Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation, *NEJM*, 2006, 354(19): 2024-33
- [4] Bismark M., Brennan, T., Paterson, R., Davis D., Studdert M. Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events *Qual Saf Health Care* 2006;15:17-22
- [5] Kostopoulo, O. Brendam, D. Confidential reporting of patient safety events in primary care : results from a multilevel classification of cognitive and system factors, *Qual. Saf. Health. Care*, 2007, 16:95-100
- [6] Sicot, C. le risque des professions de santé, *Responsabilité* : publication annuelle hors série, *RESPONSABILITÉ* novembre 2008,
- [7] Michel, P., Quenon, J.L., Djihoud, A., Tricud-Vialle, S., de Sarasqueta, A.M., Domecq, S. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale, *Etudes et résultats de la DREES*, 398, Mai 2005
- [8] SFTG - HAS (service des recommandations professionnelles) / Juin 2007, Recommandations d'Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical, accessible sur le WEB : www.has-sante.fr
- [9] Villani, P., Bouvenot, G., Queneau, P. Comment bien rédiger une ordonnance? Accessible sur le WEB www.macsf.fr/espace-liberaux-vie-professionnelle/conseil-et-prevention_2/dossier-ordonnanc. *RESPONSABILITÉ*, Vol 6 (2006) ; 22 : 13.
- [10] Flin, R., Martin, L. Goeters, K-M., Hörmann, H-J., Amalberti, R., Valot, C. Nijhuis, H. (2003) Development of the NOTECHS (Non-Technical Skills) System for Assessing Pilots' CRM Skills, *Human Factors and Aerospace Safety* 3(2), 97-119

Remerciements : Les auteurs remercient les médecins généralistes du Comité médical du Sou Médical - Groupe MACSF : les Dr Françoise Bouzitat, Carole Gerson, et Robert Grau, ainsi que le Dr Thierry Farman, directeur du Comité, pour leur relecture attentive et les conseils donnés tout au long de l'élaboration de ce travail.